



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
X kadencja
Prezydent
Rzeczypospolitej Polskiej

Druk nr 2209

Warszawa, 18 listopada 2025 r.

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

- o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że do reprezentowania mojego stanowiska w toku prac nad projektem ustawy upoważniam Pana Zbigniewa Boguckiego, Szefa Kancelarii Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej.

Z wyrazami szacunku

(-) Karol Nawrocki

U S T A W A

z dnia 2025 r.

o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym

Art. 1. W ustawie z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 889) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 2 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) programie inwestycyjnym - rozumie się przez to finansowany ze środków subfunduszu infrastruktury strategicznej, subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych oraz subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa program o okresie realizacji dłuższym niż rok;
- 2) w art. 5:
 - a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Programy inwestycyjne, o których mowa w:

 - 1) art. 14 ust. 5, są ustanawiane przez ich zatwierdzenie przez ministra właściwego do spraw zdrowia;
 - 2) art. 16 ust. 1, art. 19 ust. 1 i art. 27a ust. 4, są ustanawiane, w drodze uchwały, przez Radę Ministrów i ogłaszane w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”.”,
 - b) w ust. 6 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„W celu realizacji programów inwestycyjnych minister właściwy do spraw zdrowia zawiera z podmiotem realizującym projekt finansowany ze środków subfunduszu infrastruktury strategicznej, subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych lub subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa umowę na udzielenie dotacji celowej.”;
- 3) w art. 6 w ust. 4 po pkt 2 dodaje się pkt 2a i 2b w brzmieniu:

„2a) subfundusz infrastruktury bezpieczeństwa;

2b) subfundusz chorób rzadkich u dzieci;”;
- 4) w art. 7:
 - a) po pkt 2a dodaje się pkt 2b w brzmieniu:

„2b) dofinansowanie zadania polegającego na budowie, rozbudowie, modernizacji, przebudowie lub doposażeniu szpitali w ramach subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa;”;
 - b) pkt 7 otrzymuje brzmienie:

- „7) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom poza granicami kraju oraz zwiększonych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w kraju związanych z udziałem w ich udzielaniu osób wykonujących zawód medyczny poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;”,
- c) w pkt 9 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 10 i 11 w brzmieniu:
- „10) finansowanie innowacyjnego leczenia osób z chorobami rzadkimi do ukończenia 18. roku życia, w szczególności w zakresie sierocych produktów leczniczych;
- 11) finansowanie zadań związanych z poprawą jakości teleinformatycznej obsługi pacjentów.”;
- 5) w art. 14:
- a) ust. 6 otrzymuje brzmienie:
- „6. Minister właściwy do spraw zdrowia uzgadnia z wnioskodawcą projekt programu inwestycyjnego dla projektu strategicznego i może go zatwierdzić.”,
- b) uchyla się ust. 7,
- c) dodaje się ust. 8 w brzmieniu:
- „8. Minister właściwy do spraw zdrowia nie zatwierdza projektu programu inwestycyjnego dla projektu strategicznego, w przypadku gdy:
- 1) projekt programu inwestycyjnego dla projektu strategicznego nie jest zgodny z regulaminem konkursu, o którym mowa w art. 13 ust. 5, lub z ocenioną propozycją projektu strategicznego;
- 2) zmiany w projekcie programu inwestycyjnego dla projektu strategicznego miałyby wpływ na ocenę propozycji projektu strategicznego w konkursie, o którym mowa w art. 13 ust. 1.”;
- 6) w art. 24 uchyla się ust. 2;
- 7) po rozdziale 4 dodaje się rozdział 4a i 4b w brzmieniu:

„Rozdział 4a

Subfundusz infrastruktury bezpieczeństwa

Art. 27a. 1. W celu realizacji zadania, o którym mowa w art. 7 pkt 2b, minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje projekt programu inwestycyjnego.

2. Celem programu inwestycyjnego jest wsparcie szpitali w przygotowaniu do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach kryzysowych, w szczególności

w przypadku wystąpienia stanów nadzwyczajnych lub stanu wojny, poprzez inwestycje w infrastrukturę szpitali.

3. Program inwestycyjny obejmuje działania w szpitalach w obszarze wsparcia rozwoju infrastruktury, wyposażenia i niezbędnych zasobów materiałowych, która poprawia bezpieczeństwo udzielania świadczeń zdrowotnych, w warunkach kryzysowych.

4. Projekt programu inwestycyjnego minister właściwy do spraw zdrowia przedstawia Radzie Ministrów, celem ustanowienia programu inwestycyjnego.

5. W przypadku ustanowienia przez Radę Ministrów programu inwestycyjnego, o dofinansowanie inwestycji w ramach tego programu mogą ubiegać się szpitale udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.. Dofinansowanie następuje w formie dotacji celowej ze środków subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa.

6. Wykonawcą programu inwestycyjnego, o którym mowa w ust. 5, jest minister właściwy do spraw zdrowia.

7. Wniosek o dofinansowanie w ramach programu inwestycyjnego zawiera w szczególności:

- 1) nazwę (firmę) wnioskodawcy;
- 2) tytuł inwestycji;
- 3) harmonogram realizacji inwestycji;
- 4) opis inwestycji i jej lokalizacji;
- 5) wyjaśnienie zgodności inwestycji z celami programu inwestycyjnego;
- 6) opis spełniania kryteriów oceny wniosków;
- 7) wartość kosztorysową inwestycji;
- 8) kwotę wnioskowanej dotacji celowej;
- 9) proponowany procent dofinansowania inwestycji;
- 10) proponowaną kwotę dofinansowania w podziale na poszczególne lata realizacji inwestycji;
- 11) określenie wysokości środków własnych wnioskodawcy lub środków przeznaczonych na realizację inwestycji uzyskanych od innych podmiotów, wraz ze wskazaniem tych podmiotów, oraz opis spodziewanych korzyści z realizacji inwestycji;

12) informację o wymaganiach w zakresie zasobów rzeczowych i kadrowych oraz kompetencji osób, zapewniających prawidłową realizację inwestycji.

8. Do inwestycji dofinansowanych z subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa w ramach programu inwestycyjnego nie stosuje się przepisów dotyczących konieczności wydania opinii o celowości inwestycji, o której mowa w art. 95d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Art. 27b. 1. Wybór wniosków o dofinansowanie w ramach programu inwestycyjnego następuje w drodze konkursu.

2. W przypadku gdy kwota przeznaczona w konkursie na dofinansowanie wystarcza na objęcie dofinansowaniem wszystkich wniosków, o których mowa w ust. 1, dofinansowanie mogą uzyskać wnioski, które spełniły kryteria oceny wniosków.

3. W przypadku gdy kwota przeznaczona w konkursie na dofinansowanie nie wystarcza na objęcie dofinansowaniem wszystkich wniosków, o których mowa w ust. 1, dofinansowanie mogą uzyskać wnioski, które spełniły kryteria oceny wniosków i uzyskały:

- 1) wymaganą liczbę punktów albo
- 2) kolejno największą liczbę punktów.

4. Do konkursu, o którym mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy art. 21-27 z tym zastrzeżeniem, że przedmiot i kryteria oceny wniosków muszą uzyskać pozytywną opinię Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw administracji publicznej oraz Szefa Kancelarii Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej.

Rozdział 4b

Subfundusz chorób rzadkich u dzieci

Art. 27c. 1. Rada Ministrów przyjmuje, w drodze uchwały, Plan dla Chorób Rzadkich u Dzieci, zwany dalej „Planem”.

2. Plan zawiera w szczególności:

- 1) opis aktualnego stanu dostępności świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych związanych z diagnostyką i leczeniem chorób rzadkich;

2) środki i działania służące do poprawy dostępu do elementów, o których mowa w pkt 1, ze szczególnym uwzględnieniem niezaspokojonych potrzeb medycznych oraz dostępności sierocych produktów leczniczych.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje przeglądu Planu co 2 lata.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia sporządza sprawozdanie z przeglądu Planu i przedkłada je Radzie Ministrów w terminie 2 miesięcy od dnia zakończenia przeglądu.

Art. 27d. 1. Ze środków subfunduszu chorób rzadkich u dzieci finansuje się koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do 18. roku życia w zakresie opisanym w art. 27c ust. 2 pkt 2.

2. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie do ostatniego dnia danego miesiąca kalendarzowego, składa do dysponenta Funduszu wnioski o przekazanie dotacji celowej, w wysokości odpowiadającej kwocie wydatkowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w miesiącu poprzedzającym, na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1.

3. Dysponent Funduszu przekazuje Narodowemu Funduszowi Zdrowia dotację celową, o której mowa w ust. 2, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

4. Łączna wysokość dotacji, o których mowa w ust. 2, przekazanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia w danym roku, nie może przekroczyć kwoty 500 mln złotych. Wartość kwoty podlega corocznej waloryzacji o średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, w poprzednim roku kalendarzowym.

5. Średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, o którym mowa w ust. 4, ustala się na podstawie komunikatu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, ogłaszanego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 94 ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1631 i 1674 oraz z 2025 r. poz. 718, 769 i 1159).

6. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w terminie do dnia 15 lutego, w drodze obwieszczenia w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, wysokość kwoty, o której mowa w ust. 1 pkt 4, po waloryzacji.”;

8) w art. 28:

a) w ust. 1 pkt 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1) wzmocnienie roli lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 6 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 515), pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 8 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, w zwiększaniu zgłaszalności na świadczenia opieki zdrowotnej służące profilaktyce chorób i istotnych problemów zdrowotnych;

2) wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w zakresie realizowanego, na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dofinansowania programów polityki zdrowotnej polegających na profilaktyce chorób, z uwzględnieniem działań o charakterze edukacyjnym, w określanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na dany rok obszarach priorytetowych;”;

b) uchyla się ust. 5;

9) po art. 32b dodaje się art. 32c w brzmieniu:

„Art. 32c. 1. Ze środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego finansuje się zwiększone koszty świadczeń opieki zdrowotnej związane z udziałem w ich udzielaniu osób wykonujących zawód medyczny poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, w przypadku gdy świadczenie opieki zdrowotnej nie może zostać udzielone przez świadczeniodawcę posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z uwagi na brak odpowiednich kwalifikacji lub wystarczającego doświadczenia.

2. Świadczenie opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1, jest finansowane w zakresie, w jakim koszt jego udzielenia przekracza koszt udzielenia takiego świadczenia opieki zdrowotnej wynikający z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej rozliczanych na podstawie ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa art. 951 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustalony na

podstawie iloczynu prognozowanej ceny jednostki sprawozdawczej na okres planowania określonej w planie zakupu, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 1 tej ustawy, i liczby jednostek sprawozdawczych określonych dla poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie do ostatniego dnia danego miesiąca kalendarzowego, składa do dysponenta Funduszu wnioski o przekazanie dotacji celowej, w wysokości odpowiadającej kwocie wydatkowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w miesiącu poprzedzającym, na pokrycie kosztów, o których mowa w ust. 1.

4. Dysponent Funduszu przekazuje Narodowemu Funduszowi Zdrowia dotację celową, o której mowa w ust. 3, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.”;

10) po art. 33b dodaje się art. 33c w brzmieniu:

„Art. 33c. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może każdego roku przyznać jednostce właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia ze środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego dotację celową na realizację zadań, o których mowa w art. 7 pkt 11.

2. Wysokość dotacji, o której mowa w ust. 1, nie może przekroczyć kwoty 100 mln złotych. Wartość kwoty podlega corocznej waloryzacji, art. 27d ust. 4-6 stosuje się odpowiednio.

11) w art. 38 w ust. 1 pkt 7–10 otrzymują brzmienie:

„7) w 2026 r. – 6,4 mld zł;

8) w 2027 r. – 5,9 mld zł;

9) w 2028 r. – 5,4 mld zł;

10) w 2029 r. – 5,2 mld zł.”.

Art. 2. Rada Ministrów przyjmuje pierwszy Plan dla Chorób Rzadkich u Dzieci, o którym mowa w art. 27c ustawy zmienianej w art. 1, do końca roku 2026.

Art. 3. 1. Limitu określonego w art. 31 ust. 4 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 889) nie stosuje się w latach 2025–2029 do dotacji, o których mowa w art. 31 ust. 2 tej ustawy, przekazywanych przez dysponenta Funduszu Medycznego Narodowemu Funduszowi Zdrowia w tym okresie.

2. W 2026 r. wpłata z budżetu państwa, o której mowa w art. 8 pkt 2 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym, nie może być niższa niż 6,2 mld zł.

3. W 2027 r. wpłata z budżetu państwa, o której mowa w art. 8 pkt 2 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym, nie może być niższa niż 5,7 mld zł.

4. W 2028 r. wpłata z budżetu państwa, o której mowa w art. 8 pkt 2 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym, nie może być niższa niż 5,2 mld zł.

5. W 2029 r. wpłata z budżetu państwa, o której mowa w art. 8 pkt 2 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym, nie może być niższa niż 5 mld zł.

6. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 5 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy, składa do dysponenta Funduszu Medycznego dodatkowe wnioski o przekazanie dotacji celowych, o których mowa w art. 31 ust. 2 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym, na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 31 ust. 1 tej ustawy, w wysokości odpowiadającej zwiększeniu kwot zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawców z tytułu udzielania tych świadczeń, zgodnie z art. 136 ust. 2 pkt 1c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461) za drugi i trzeci kwartał 2025 r. Wnioski te obejmują koszty świadczeń opieki zdrowotnej sfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w części, która nie została uwzględniona w dotacjach celowych przekazanych za ten okres.

7. W 2025 r. maksymalna wysokość środków przekazanych z Funduszu Medycznego do Narodowego Funduszu Zdrowia na realizację zadania, o którym mowa w art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym, nie może być wyższa niż 4,4 mld zł.

8. W latach 2026–2029 maksymalna wysokość środków przekazanych z Funduszu Medycznego do Narodowego Funduszu Zdrowia na realizację zadania, o którym mowa w art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym, nie może być wyższa niż 840 mln zł rocznie.

9. W 2025 r. zmiana planu finansowego Funduszu Medycznego polegająca na zwiększeniu planowanych kosztów związanych z finansowaniem zadania, o którym mowa w art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym, jest dokonywana przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Do zmiany tej nie stosuje się trybu określonego w art. 29 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1483).

Art. 4. Przepisy ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się do:

- 1) konkursów ogłaszanych od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy;
- 2) umów zawieranych od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 5. Ustawa wchodzi w życie z dniem 15 grudnia 2025 r.

UZASADNIENIE

Jednym z kluczowych zobowiązań złożonych obywatelom przez Prezydenta Karola Nawrockiego była dbałość o zdrowie i życie Polaków. Dzisiejsza, wymagająca sytuacja finansowa systemu ochrony zdrowia sprawia, że konieczne jest podjęcie szybkich działań i wprowadzenie nadzwyczajnych rozwiązań. Inicjatywa Pana Prezydenta ma na celu dostosowanie narzędzi Funduszu Medycznego do aktualnych wyzwań, aby skutecznie wspierać bezpieczeństwo zdrowotne obywateli i stabilność całego systemu.

Wyzwania, przed którymi stoi dziś polski system ochrony zdrowia, wynikające z narastających trudności finansowych, wymagają podjęcia szybkich i zdecydowanych działań. Jednocześnie niezbędne jest zaadresowanie, w obliczu obojętności rządu, innych niż wynikające z niedoboru środków problemów systemu. Związane one są między innymi z kwestią bezpieczeństwa narodowego i zdolnością systemu do funkcjonowania w sytuacjach kryzysowych, a także potrzebą zapewnienia stabilnego wsparcia dla pacjentów z chorobami rzadkimi oraz koniecznością poprawy jakości obsługi pacjentów z wykorzystaniem nowoczesnych narzędzi cyfrowych.

Projekt ustawy o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym ma na celu zmianę ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 889), zwanej dalej „UFM”.

W odpowiedzi na te wyzwania projekt ustawy zakłada utworzenie w ramach Funduszu Medycznego dwóch nowych subfunduszy:

- subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa, który finansowałby inwestycje związane z zapewnieniem ciągłości i bezpieczeństwa funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w sytuacjach kryzysowych, w tym działań wojennych,
- subfunduszu chorób rzadkich u dzieci, który zapewniałby stałe finansowanie dla leczenia pacjentów do ukończenia 18. roku życia, dla których obecnie najczęstszym sposobem zdobycia środków na opłacenie diagnostyki oraz leczenia jest prowadzenie zbiorów publicznych.

Ponadto środki z Funduszu Medycznego będą mogły być wykorzystane do stworzenia i utrzymania nowoczesnego i opartego o narzędzia informatyczne Centrum Obsługi Pacjenta, które zapewniłoby pacjentom dostęp do informacji na temat dostępnych możliwości leczenia, a także ścieżki postępowania. Centrum Obsługi Pacjenta dzięki wykorzystaniu nowoczesnych

rozwiązań dawałoby każdemu - bez względu na wiek, stan zdrowia czy miejsce zamieszkania - równy dostęp do finansowanych ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej.

Nadrzędnym celem projektowanej ustawy jest pilne zapewnienie płynności finansowej systemu opieki zdrowotnej, a tym samym zagwarantowanie obywatelom nieprzerwanego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Dane przedstawione przez Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia jednoznacznie wskazują, że funkcjonowanie systemu znalazło się w stanie głębokiego zagrożenia. Niedostateczna wysokość dotacji podmiotowej przekazanej NFZ przez Ministerstwo Finansów doprowadziła Fundusz do faktycznej utraty płynności finansowej, co w konsekwencji może skutkować masowym ograniczeniem udzielania świadczeń, także w obszarach o kluczowym znaczeniu dla zdrowia i życia pacjentów. Najbardziej alarmującym przykładem są szpitale onkologiczne – według Ogólnopolskiego Zrzeszenia Szpitali Onkologicznych, zaległości wobec tych placówek osiągnęły na koniec września 2025 r. poziom ponad 1,35 mld zł. Dalszy wzrost zadłużenia grozi wstrzymaniem dostaw leków niezbędnych do ratowania życia pacjentów z chorobami nowotworowymi, a w niektórych przypadkach również wstrzymaniem możliwości zapewnienia świadczeń opieki zdrowotnej przez placówki znajdujące się z najgorszej sytuacji finansowej. W tej sytuacji jedynym dostępnym narzędziem zdolnym do natychmiastowego wsparcia systemu pozostaje Fundusz Medyczny. Jest to konieczne, ponieważ kwoty zobowiązań NFZ wobec świadczeniodawców, nie mogą zostać pokryte z dotychczasowych środków Funduszu.

Jednocześnie projekt przewiduje dostosowanie minimalnych i maksymalnych limitów wpłat z budżetu państwa na Fundusz Medyczny w latach 2025–2029 w taki sposób, aby odzwierciedlały one rzeczywiste potrzeby systemu ochrony zdrowia oraz skalę wyzwań, z jakimi obecnie mierzy się Narodowy Fundusz Zdrowia i cały sektor. W aktualnych, wyjątkowo trudnych uwarunkowaniach finansowych, w których NFZ znalazł się w stanie faktycznej utraty płynności, konieczne staje się czasowe skierowanie części środków Funduszu Medycznego na wsparcie bieżącego funkcjonowania Funduszu oraz na zabezpieczenie ciągłości finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla dzieci. Takie działanie ma charakter interwencyjny i ma na celu ograniczenie ryzyka wstrzymania lub znaczącego ograniczenia dostępu do kluczowych świadczeń medycznych, w tym świadczeń, których niedostępność mogłaby powodować poważne zagrożenie zdrowia lub życia pacjentów.

Należy podkreślić, że ustawodawca przewidział rozwiązania systemowe, które zapewnią Funduszowi Medycznemu pełne odtworzenie wykorzystanych obecnie środków oraz zagwarantują jego stabilność i zdolność działania w kolejnych latach. W tym celu projekt

ustawy zakłada podwyższenie w latach 2025–2029 minimalnych kwot wpłat z budżetu państwa na Fundusz Medyczny, tak aby ubytek środków wynikający z konieczności wsparcia NFZ został w całości zrekompensowany. Podwyższone limity umożliwią stopniowe odbudowanie zasobów Funduszu i przywrócenie jego pełnej zdolności do realizacji ustawowych zadań, w tym finansowania inwestycji infrastrukturalnych, rozwoju nowoczesnych technologii medycznych, wsparcia terapii wysokospecjalistycznych oraz projektów strategicznych skierowanych do pacjentów, w szczególności dzieci. Dzięki temu Fundusz Medyczny, mimo czasowego zaangażowania w działania stabilizujące sytuację finansową systemu, będzie mógł w przyszłości ponownie skoncentrować się na realizacji swoich celów długoterminowych, związanych z modernizacją i unowocześnianiem polskiej ochrony zdrowia.

Warto przypomnieć, że na dzień 12 listopada 2025 r. na rachunku Funduszu Medycznego zgromadzone było blisko 7 mld zł, a prognozowany stan środków na koniec roku – po uwzględnieniu wszystkich ustawowych zadań – nadal wyniesie około 4,4 mld zł. Oznacza to, że wdrożenie projektowanych zmian nie ograniczy możliwości Funduszu Medycznego w zakresie finansowania planowanych i ogłaszanych konkursów inwestycyjnych oraz pozostałych inicjatyw przewidzianych w ustawie o Funduszu Medycznym. Równocześnie, w celu zapewnienia długofalowej stabilności finansowej oraz pokrycia kosztów nowych obowiązków wynikających z projektowanych przepisów, przewiduje się zwiększenie o blisko 30% minimalnej kwoty wpłat budżetowych, które w latach 2025–2029 będą przekazywane na Fundusz Medyczny. W rezultacie, na przestrzeni tych pięciu lat Fundusz Medyczny zostanie zasilony kwotą co najmniej 26,1 mld zł, co umożliwi nie tylko pełne zrekompensowanie bieżących obciążeń, ale również trwałe wzmocnienie zdolności Funduszu do realizowania jego podstawowych zadań i misji.

Ze względu na konieczność niezwłocznego zabezpieczenia płynności NFZ w zakresie finansowania świadczeń udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia, projektowane przepisy muszą wejść w życie jeszcze w bieżącym roku – z dniem 15 grudnia 2025 r. Tylko szybkie uruchomienie dodatkowych środków pozwoli zapobiec krytycznym przerwom w dostępności świadczeń i tym samym zagwarantować obywatelom ciągłość i bezpieczeństwo opieki zdrowotnej.

Proponowane zmiany w art. 5 ust. 1 oraz w art. 14 ust. 6-8 UFM mają na celu usprawnienie procesu ustanawiania programów inwestycyjnych dla projektów strategicznych w konkursach organizowanych ze środków subfunduszu infrastruktury strategicznej (SIS). Celem proponowanej zmiany jest jak najszybsze wsparcie finansowe (dofinansowanie) określonych obszarów ochrony zdrowia, a co za tym idzie poprawa jakości i dostępności do

świadczeń zdrowotnych. Ustanowienie programów inwestycyjnych dla projektów strategicznych przez ministra właściwego do spraw zdrowia (zamiast przez Radę Ministrów), zdecydowanie usprawni proces uzgodnieniowy i pozwoli niezwłocznie po rozstrzygnięciu konkursu przystąpić do oceny projektów programów inwestycyjnych i ich zatwierdzenia, a co za tym idzie podpisania umów z realizatorami. W ustawie znajdują się również przesłanki regulujące w jakich przypadkach minister właściwy do spraw zdrowia nie zatwierdzi programu inwestycyjnego dla projektu strategicznego.

Proponowane zmiany przewidują utworzenie w ramach Funduszu Medycznego dwóch nowych subfunduszy, tj. subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa oraz subfunduszu chorób rzadkich u dzieci.

Celem nowelizacji jest umożliwienie finansowania ze środków Funduszu Medycznego programów inwestycyjnych w obszarze wsparcia rozwoju infrastruktury, wyposażenia i niezbędnych zasobów materiałowych szpitali w warunkach kryzysowych, co jest szczególnie istotne w obliczu aktualnej sytuacji geopolitycznej.

Od 2022 roku za wschodnią granicą Polski toczy się wojna z poważnym ryzykiem jej rozszerzenia także na inne państwa. Znaczenie systemu ochrony zdrowia dla zapewnienia odporności państwa w sytuacjach wojny lub innego kryzysu o dużej skali (naturalnego czy o charakterze incydentu z masowymi ofiarami – tzw. Mass Casualty Incident) jest nie do przecenienia. Polska potrzebuje nowej architektury bezpieczeństwa medycznego. Aby było to możliwe, konieczne jest unowocześnienie i dostosowanie wybranych szpitali tworzących przyszłą sieć bezpieczeństwa medycznego poprzez wsparcia rozwoju ich infrastruktury, wyposażenia i niezbędnych zasobów materiałowych. Niezbędne są przy tym nowoczesne i odpowiednio odporne systemy łączności i komunikacji. Inwestycje w infrastrukturę, takie jak budowa nowoczesnych centrów ratunkowych, miejsc schronienia umożliwiających prowadzenie ciągłej działalności medycznej w warunkach wojny oraz w nowoczesne technologie mogą znacząco zwiększyć odporność systemu ochrony zdrowia na przeciążenia.

W celu realizacji zadania, którym jest dofinansowanie budowy, rozbudowy, modernizacji, przebudowy lub doposażenia szpitali w ramach subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje projekt programu inwestycyjnego. Celem programu inwestycyjnego jest wsparcie szpitali w przygotowaniu do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach kryzysowych, w szczególności w przypadku wystąpienia stanów nadzwyczajnych lub stanu wojny, poprzez inwestycje w infrastrukturę szpitali. W sytuacjach kryzysowych, jak pokazały doświadczenia z ostatnich lat, najważniejszą kwestią jest zapewnienie ciągłości i bezpieczeństwa wykonywania

świadczeń zdrowotnych. Program inwestycyjny obejmuje działania w szpitalach w obszarze wsparcia rozwoju infrastruktury, wyposażenia i niezbędnych zasobów materiałowych, która poprawia bezpieczeństwo udzielania świadczeń zdrowotnych, w warunkach kryzysowych. Program inwestycyjny przyjmowany jest przez Radę Ministrów w drodze uchwały. Dofinansowanie następuje w formie dotacji celowej ze środków subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa. Projekt ustawy przewiduje tryb konkursowy analogiczny jak w przypadku konkursów organizowanych w ramach subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych, z tym istotnym doprecyzowaniem, że przedmiot i kryteria oceny wniosków w konkursie muszą uzyskać pozytywną opinię Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw administracji publicznej oraz Szefa Kancelarii Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej.

Powołanie subfunduszu chorób rzadkich u dzieci ma na celu poprawę dostępności świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych związanych z diagnostyką i leczeniem chorób rzadkich ze szczególnym uwzględnieniem niezaspokojonych potrzeb medycznych oraz dostępności sierocych produktów leczniczych. Obecny system ochrony zdrowia nie zapewnia bowiem skutecznego i równego wsparcia dla dzieci dotkniętych rzadkimi chorobami. Chodzi o stworzenie systemowego, państwowego modelu finansowania leczenia dzieci wymagających kosztownych terapii, niezależnie od sytuacji materialnej ich rodzin. Rozwiązanie ma na celu eliminację barier finansowych, które obecnie ograniczają dostęp do terapii ratujących życie, poprzez wdrożenie systemowego mechanizmu wsparcia. Obecny model finansowania leczenia dzieci cierpiących na poważne choroby rzadkie, a zwłaszcza ultrarządki wykazuje liczne deficyty i obarczony jest poważnymi problemami. Z uwagi na wysokie koszty terapii innowacyjnych rodziny pacjentów często zmuszone są do organizowania zbiórek publicznych oraz poszukiwania wsparcia w organizacjach pozarządowych. Taka forma zdobywania środków jest stosunkowo nieefektywna i niestabilna oraz nie gwarantuje systemowego rozwiązania problemu, co niewątpliwie skutkuje dodatkowymi obciążeniami emocjonalnymi i psychicznymi dla rodzin, które już mierzą się z ogromnym wyzwaniem, jakim jest walka o zdrowie i życie dziecka. Rodzi też ona opóźnienia w zgromadzeniu koniecznych środków finansowych, co może skutkować pogorszeniem stanu pacjentów. Dlatego konieczne jest wprowadzenie racjonalnego i przejrzystego systemu wsparcia w tym zakresie opartego na obiektywnie zdefiniowanych wskazaniach medycznych i szczególnie nakierowanego na niezaspokojone dotąd potrzeby medyczne.

Zgodnie z rozwiązaniami projektowanej ustawy Rada Ministrów została zobligowana do przyjęcia w drodze uchwały, Planu dla Chorób Rzadkich u Dzieci. Pierwszy Plan dla Chorób Rzadkich u Dzieci ma zostać przyjęty do końca 2026 r. Plan ten ma zawierać w szczególności:

1) opis aktualnego stanu dostępności świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych związanych z diagnostyką i leczeniem chorób rzadkich;

2) środki i działania służące do poprawy dostępu do elementów, o których mowa powyżej, ze szczególnym uwzględnieniem niezaspokojonych potrzeb medycznych oraz dostępności sierocych produktów leczniczych.

Minister właściwy do spraw zdrowia został zobligowany do dokonywania cyklicznego przeglądu Planu - co 2 lata i sporządzania sprawozdania.

Ze środków subfunduszu chorób rzadkich u dzieci finansuje się koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do 18. roku życia, w ramach działań poprawiających dostępność diagnostyki i leczenia chorób rzadkich, w szczególności dostępności sierocych produktów leczniczych, tj. produktów leczniczych stosowanych w leczeniu chorób rzadkich, o których mowa w rozporządzeniu (WE) nr 141/2000 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 1999 r. w sprawie sierocych produktów leczniczych (Dz. Urz. UE L 18 z 22.01.2000, str. 1, z późn. zm.). Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie do ostatniego dnia danego miesiąca kalendarzowego, składa do dysponenta Funduszu wnioski o przekazanie dotacji celowej, w wysokości odpowiadającej kwocie wydatkowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w miesiącu poprzedzającym, na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa powyżej. Łączna wysokość dotacji przekazanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia w danym roku, nie może przekroczyć kwoty 500 mln złotych. Wartość kwoty podlega corocznej waloryzacji o średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, w poprzednim roku kalendarzowym.

Projektowane przepisy mają na celu także umożliwienie finansowania w ramach subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego zadań związanych z poprawą jakości teleinformatycznej obsługi pacjentów.

Zaproponowany mechanizm dałby Ministrowi Zdrowia możliwość sfinansowania budowy oraz utrzymania przez Centrum e-Zdrowia nowoczesnego Centrum Obsługi Pacjenta. Wykorzystując już istniejące funkcjonalności systemów informacyjnych w ochronie zdrowia, a także łącząc zebrane w nich dane z możliwością uzyskania do nich dostępu przez pacjenta za pośrednictwem licznych kanałów komunikacji (portal, centrum obsługi telefonicznej, voicebot, chatbot i inne) COP pozwoliłoby na zaoferowanie niespotykanej do tej pory jakości informowania oraz wspierania pacjentów korzystających ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Centrum w zamyśle projektodawców powinno nie tylko umożliwiać umówienie się na wizytę w najlepszym z punktu widzenia pacjenta ośrodku, ale także dać możliwość uzyskania informacji o bezpłatnych programach profilaktycznych i innych

inicjatywach prozdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Jednym z filarów funkcjonowania Centrum będzie także zbieranie od pacjentów informacji na temat jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Pozwoli to na zidentyfikowanie przez Ministerstwo Zdrowia obszarów wymagających poprawy, a w szczególnych wypadkach - także niezbędnych do pilnego podjęcia interwencji. Wdrożenie transparentnego systemu ocen będzie stanowiło istotny krok w stronę poprawy jakości opieki finansowanej ze środków publicznych.

Proponowane rozwiązanie daje ponadto gwarancję, że finansowanie innowacyjnych rozwiązań dla pacjentów będzie dostępne niezależnie od aktualnych priorytetów budżetowych oraz dostępności środków europejskich, które dotychczas były głównym źródłem finansowania w Polsce rozwiązań z zakresu e-zdrowia. Cel ten osiągnięty zostanie poprzez wprowadzenie regulacji, przewidującej, że minister właściwy do spraw zdrowia może każdego roku przyznać jednostce właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia ze środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego dotację celową na realizację powyżej wskazanego zadania. Wysokość tej dotacji nie może jednak przekroczyć kwoty 100 mln złotych. Wartość kwoty podlega corocznej waloryzacji, analogicznie jak to będzie miała miejsce w przypadku maksymalnej kwoty dotacji z subfunduszu chorób rzadkich u dzieci.

Zmiana w art. 28 w ust. 1 w pkt 1 i 2 UFM jest odpowiedzią na zgłaszane m.in. przez Najwyższą Izbę Kontroli wątpliwości interpretacyjne i ma na celu zapewnienie odpowiedniego rozdysponowania dostępnych środków publicznych w oparciu o bieżące potrzeby, które odnoszą się do świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz profilaktyki. Wskazana modyfikacja umożliwi otrzymanie dofinansowania z subfunduszu rozwoju profilaktyki (SRP) na świadczenia opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom oraz wczesne wykrywanie chorób. Proponowana zmiana nie wpłynie na wysokość środków koniecznych do zabezpieczenia na ten cel w planie finansowym Funduszu Medycznego. Przez modyfikację brzmienia, będzie możliwe dofinansowanie działań jednostek samorządu terytorialnego w kierunku profilaktyki, co może znacząco zwiększyć efekty zdrowotne określonej populacji.

Uchylenie w art. 28 UFM ust. 5 umożliwi dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez gminy w całości ze środków Funduszu Medycznego – subfunduszu rozwoju profilaktyki. Obecne regulacje, które nakładały na JST obowiązek poniesienia 20% kosztów programu, uderzały przede wszystkim w mniejsze i mniej zamożne gminy. Efektem było niewielkie zainteresowanie profilaktyką w na tych obszarach, na których już teraz odsetek korzystających z takich programów jest mniejszy niż w metropoliach.

W projektowanym art. 32c, w celu umożliwienia wykonywania w kraju procedur medycznych, realizowanych obecnie poza granicami kraju, których istotnym elementem kosztowym jest personel medyczny, proponuje się wprowadzenie finansowania zwiększonych kosztów realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, związanych z udziałem osób wykonujących zawód medyczny poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej (RP), ze względu na brak możliwości udzielenia tego świadczenia opieki zdrowotnej przez osoby udzielające świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium RP, w zakresie, w jakim koszt tego świadczenia przekracza normalny koszt takiego świadczenia, pokrywany przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Powyższe ma na celu zapewnienie finansowania kosztownych świadczeń opieki zdrowotnej wymagających zaawansowanych umiejętności lub doświadczenia osób udzielających takich świadczeń, w zakresie zwiększonych kosztów ich realizacji. Włączenie do finansowania ze środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego (STI) nowego zadania wiąże się z pozyskaniem personelu medycznego z zagranicy, jednakże realizacja nowego zadania nie będzie powodowała konieczności zwiększenia środków zabezpieczonych w planie finansowym Funduszu Medycznego, ponieważ koszty te będą finansowane z STI, w ramach środków zabezpieczonych na zadanie wynikające z art. 32 UFM (leczenie zagraniczne).

Przepisy art. 1 pkt 11 oraz art. 3 projektu ustawy dotyczą zmiany wysokości wpłat z budżetu państwa na Fundusz Medyczny oraz zasad przekazywania dotacji z Funduszu Medycznego i mają na celu przede wszystkim:

- 1) wprowadzenie rozwiązania umożliwiającego zwiększenie środków Funduszu Medycznego przeznaczonych w 2025 r. na koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia w zakresie, w jakim kwoty zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawców z tytułu udzielania tych świadczeń zostały dostosowane zgodnie z art. 136 ust. 2 pkt 1c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461);
- 2) dostosowanie maksymalnych i minimalnych limitów wpłat planowanych do dokonania z budżetu państwa na Fundusz Medyczny w latach 2025-2029 do rzeczywistych potrzeb Funduszu Medycznego w poszczególnych latach.

Proponowana zmiana jest odpowiedzią na zapewnienie przez Ministerstwo Finansów dotacji podmiotowej dla Narodowego Funduszu Zdrowia w niedostatecznej wysokości, czego skutkiem jest doprowadzenie NFZ do faktycznej utraty płynności finansowej. Brak podjęcia działań zaradczych może doprowadzić do masowego ograniczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w obszarach, w których ich brak stanowi poważne zagrożenie zdrowia, a nawet życia pacjentów. Jedynym dostępnym w tej sytuacji źródłem finansowania jest obecnie

Fundusz Medyczny, który może zwiększyć wydatki na niektóre przewidziane w ustawie cele tak, aby m.in. ograniczyć skutki fatalnego zarządzania finansami ochrony zdrowia dla pacjentów przed ukończeniem 18. roku życia. Pozwoliłoby to na przekazanie NFZ brakujących 3,6 miliarda złotych.

Należy jeszcze raz podkreślić, że projektowane zmiany nie wpływają w żaden sposób na zdolność Funduszu Medycznego do finansowania w pełni wszystkich już ogłoszonych i planowanych do ogłoszenia konkursów inwestycyjnych, a także innych ustawowo określonych zadań. Jednocześnie, w celu zrekompensowania ubytków w Funduszu, a także sfinansowania dodatkowych zadań które proponuje ustawa. Projekt przewiduje zwiększenie o blisko 30% minimalnej kwoty wpłat z budżetu państwa, która będzie musiała zostać przekazana w latach 2025-2029, co oznacza że w rezultacie minimalna kwota, która trafi w tym okresie na Fundusz Medyczny wyniesie co najmniej 26,1 mld zł.

Z uwagi na konieczność bieżącego pokrywania przez Narodowy Fundusz Zdrowia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia w zakresie, w jakim kwoty zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawców z tytułu udzielania tych świadczeń zostały dostosowane zgodnie z art. 136 ust. 2 pkt 1c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jest konieczne by projektowane przepisy weszły w życie jeszcze w tym roku – tj. z dniem 15 grudnia 2025 r.

Regulacja przejściowa zawarta w art. 4 projektu ustawy ma na celu jednoznaczne przesądzenie, że zmiany wprowadzone niniejszą nowelizacją dotyczące zatwierdzania programów inwestycyjnych przez ministra właściwego do spraw zdrowia mają zastosowanie dla konkursów ogłaszanych po wejściu w życie ustawy oraz do umów zawieranych po wejściu w życie ustawy.

Zakłada się, że projektowana ustawa wejdzie w życie z dniem 15 grudnia 2025 r.

Skrócony okres *vacatio legis* projektowanej regulacji jest w świetle powyższej argumentacji uzasadniony i jako taki nie narusza zasady demokratycznego państwa prawnego.

Projekt ustawy nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Projekt ustawy nie podlegał konsultacjom publicznym i opiniowaniu (także ze względu na konieczność jak najszybszego uchwalenia i wejścia w życie projektowanej regulacji).

Projektowane zmiany będą miały pozytywny wpływ na podmioty lecznicze (143 podmioty lecznicze na najwyższych poziomach zabezpieczenia szpitalnego: poziomy od IV do VI) - zmiany w zakresie konkursów, dotyczące m.in planowanego zatwierdzania programów inwestycyjnych przez ministra właściwego do spraw zdrowia (a nie jak dotychczas przez Radę

Ministrów) będą stosowane dla konkursów ogłaszanych od dnia wejścia w życie nowelizacji ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym; zaproponowane przepisy stosuje się do umów zawieranych od dnia wejścia w życie ww. nowelizacji; wymienione działania zapewnią szybszą ścieżkę realizacji przyszłych zadań infrastrukturalnych wspieranych ze środków SIS. Projektowane zmiany będą miały pozytywny wpływ na podmioty lecznicze – szpitale w zakresie możliwości ubiegania się o środki na budowę, rozbudowę, przebudowę, modernizację lub doposażenie w ramach programów inwestycyjnych finansowanych z subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa. Zmiana ustawy korzystnie wpłynie na rozwój infrastruktury podmiotów leczniczych działających w formie dużych, mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw, a tym samym na ich działalność. Ponadto, w związku z realizacją programów strategicznych przez podmioty lecznicze, przewiduje się wpływ na przedsiębiorstwa zajmujące się produkcją, sprzedażą sprzętu medycznego oraz przedsiębiorstwa z sektora budowlanego.

Projekt ustawy nie dotyczy majątkowych innych niż powyżej wskazane praw i obowiązków przedsiębiorców lub praw i obowiązków przedsiębiorców wobec organów administracji publicznej.

Projektowane zmiany będą miały pozytywny wpływ na budżet Narodowego Funduszu Zdrowia poprzez umożliwienie sfinansowania w 2025 r. tzw. nadwykonań z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia, w zakresie jakim kwoty zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawców z tytułu udzielania tych świadczeń zostały dostosowane zgodnie z art. 136 ust. 2 pkt 1c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Projektowane zmiany mają wpływ na budżet części 46 – Zdrowie, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia oraz plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia, jak też na wysokość przychodów i kosztów Funduszu Medycznego.

W wyniku wprowadzonych zmian łączna wpłata z budżetu państwa do Funduszu Medycznego w latach 2025-2029 zostanie zwiększona o co najmniej 6,1 mld zł w stosunku do obecnie planowanych minimalnych wpłat.

Skutki projektowanych zmian w latach 2026-2029 zostaną sfinansowane w ramach środków, o których mowa w art. 131c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, bez możliwości ubiegania się o dodatkowe ich zwiększenie z tytułu wejścia w życie niniejszych zmian.

Realizacja dodatkowych zadań w ramach nowoutworzonych subfunduszy: subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa oraz infrastruktury chorób rzadkich u dzieci będą sfinansowane

ze zwiększonych wpłat z budżetu państwa oraz w ramach przesunięć już zaplanowanych do wypłacenia środków, których minimalna wartość jest wskazana w ustawie.

Przewiduje się pozytywne skutki społeczne dla rodzin i innych grup społecznych (seniorów, osób z niepełnosprawnościami, dzieci) w związku z:

- 1) realizacją przez podmioty lecznicze programów strategicznych, mających wpływ m.in. na poprawę infrastruktury służącej do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) możliwością zapewnienia bezpieczeństwa i tym samym ciągłości świadczenia usług zdrowotnych w sytuacjach kryzysowych, w szczególności w sytuacji stanu wojny, aktu terrorystycznego o dużej skali czy też znacznego stopnia katastrofy naturalnej lub wypadku masowego poprzez szpitale odpowiednich rzutów desygnowane na te okoliczności poprzez Ministerstwo Zdrowia w porozumieniu z Ministerstwem Obrony Narodowej, ministrem właściwym do spraw administracji publicznej oraz Szefem Kancelarii Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej;
- 3) możliwością przeznaczania środków Funduszu Medycznego na stworzenie narzędzi wykorzystujących technologię do poprawy jakości obsługi pacjentów, co wpłynie na poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, a także wzrost satysfakcji z udzielanych świadczeń;
- 4) możliwością przeznaczania środków Funduszu Medycznego na stworzenie narzędzi wykorzystujących technologię do poprawy jakości obsługi pacjentów, co wpłynie na poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, a także wzrost satysfakcji z udzielanych świadczeń;
- 5) możliwością finansowania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej związanych z diagnostyką i leczeniem chorób rzadkich u dzieci;
- 6) dofinansowaniem działań jednostek samorządu terytorialnego w kierunku profilaktyki;
- 7) dofinansowaniem programów polityki zdrowotnej realizowanych przez gminy;
- 8) umożliwieniem wykonywania w RP procedur medycznych, realizowanych obecnie poza granicami kraju i wprowadzeniem finansowania zwiększonych kosztów realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, związanych z udziałem osób wykonujących zawód medyczny poza granicami RP.

Zwiększenie środków Funduszu Medycznego na finansowanie tzw. świadczeń ponadlimitowych udzielonych osobom do ukończenia 18. roku życia pozwoli na rozdysponowanie środków zabezpieczonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na pozostałe świadczenia opieki zdrowotnej, wpływając pozytywnie na zwiększanie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

Projekt ustawy nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji lub uzgodnienia.

Projekt ustawy nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz Dz. U. z 2004 r. poz. 597), w związku z tym nie podlega notyfikacji.

Projekt ustawy nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 i art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376, str. 36).

Projekt ustawy nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym, nie przeprowadzano oceny skutków ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanej ustawy środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

Projektowane przepisy są zgodne z zasadami proporcjonalności, uzasadnionego i niedyskryminującego charakteru.

Przepisy projektu ustawy są uzasadnione nadrzędnymi względami interesu ogólnego i tym samym nie wykraczają poza to, co niezbędne.

Projekt nie zawiera przepisów regulacyjnych lub przepisów określających wymogi dotyczące świadczenia usług transgranicznych w rozumieniu ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz. U. z 2023 r. poz. 334).

Uwagi ZWRP do przedstawionego przez Prezydenta RP projektu ustawy - o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym

2025-12-17

Pan
Dariusz Salamończyk
Z-ca Szefa Kancelarii Sejmu

Szanowny Panie Ministrze,

w odpowiedzi na pismo z dnia 25 listopada br. dot. przedłożenia uwag do przedstawionego przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej projektu ustawy (RPW/38284/2025)) - o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym, w załączeniu przesyłamy uwagi Związku Województw RP.

Z poważaniem
Rafał Cieślik
Dyrektor Biura ZWRP

.....
Związek Województw RP
ul. Świętojerska 5/7
00-236 Warszawa
Phone +48(22) 831 14 41
www.polskieregiony.pl



Informujemy, iż Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Związek Województw Rzeczypospolitej Polskiej, szczegółowe informacje dotyczące sposobu przetwarzania danych osobowych znajdują się na stronie: www.polskieregiony.pl.

WYDZIAŁ OBSŁUGI PREZYDIUM SEJMU
L. dz. SPS-III.020.374.10.2025
Data wpływu 22.XII.25r.

Informacja o projekcie:

	Projekt ustawy o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym
Projekt z dnia	18.11.2025 r.

Informacje o zgłaszającym uwagi:

Urząd	
Organizacja samorządowa	Związek Województw Rzeczypospolitej Polskiej
Osoba do kontaktu	Lidia Sztramska
e-mail	l.sztramska@zwrp.pl
tel.	

Uwagi:

Podmiot wnoszący uwagę	Ip.	Część dokumentu, do którego odnosi się uwaga (np. art., nr str., rozdział)	Treść uwagi (propozycja zmian)	Uzasadnienie uwagi	Stanowisko resortu	Odniesienie do stanowiska resortu
Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego	1.	1. Art. 14 ust. 6–8 – zatwierdzanie programów inwestycyjnych (SIS) przeniesione z RM do MZ	Doprecyzować maksymalne terminy na uzgodnienie i zatwierdzenie programu inwestycyjnego przez Ministra Zdrowia (np. 45 dni).	Zmiana przyspieszy proces, ale brak jakichkolwiek terminów grozi paraliżem inwestycji strategicznych. Szpitale już pracują pod bardzo napiętymi harmonogramami (np. projekty SIS, FELU, KPO). Brak terminów stwarza ryzyko przeciągających się uzgodnień, zablokowania płynności finansowej inwestycji i opóźnień w podpisaniu umowy.		
	2.	Art. 27a – zakres subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa	Rozszerzyć zapis o możliwość finansowania budynków technicznych i infrastruktury krytycznej IT , w tym centrów danych, systemów cyberbezpieczeństwa oraz zapasowych źródeł mocy.	Bezpieczeństwo szpitali w sytuacjach kryzysowych wymaga nie tylko sal i łóżek, ale również odpornej infrastruktury IT, telekomunikacyjnej, energetycznej i tlenowej. Obecnie projekt ogranicza się głównie do działań stricte budowlano-medycznych. NIK i incydenty z ostatnich lat pokazały, że cyberbezpieczeństwo to część infrastruktury bezpieczeństwa.		

	3.	Art. 33c – dotacja dla CeZ na COP	Doprecyzować, że tworzenie Centrum Obsługi Pacjenta nie może powodować nakładania na szpitale dodatkowych obowiązków sprawozdawczych ani technicznych bez zapewnienia finansowania.	Szpitala już dziś mają bardzo rozbudowane obowiązki wobec P1, platform regionalnych, MZ/CSIOZ, ZUS, NFZ, rejestrów medycznych. Każde dodatkowe zadanie wymaga kosztów integracji i personelu IT. Bez tego ryzyko obciążeń jest wysokie.		
	4.	Art. 38 – obniżenie rocznych limitów Funduszu Medycznego	Uzupełnić przepis o gwarancję, że obniżenie limitów nie spowoduje zmniejszenia budżetu na ogłoszone lub planowane konkursy inwestycyjne.	Projekt zakłada istotne obniżenie limitów (np. z 6,9 mld do 6,4 mld w 2026 r.). Dla dużych szpitali wojewódzkich inwestycje FM stanowią jedyne realne źródło finansowania wielkich modernizacji. Potrzebna jest ochrona finansowania inwestycji, które są już w toku lub zostały wybrane do realizacji.		
	5.	Art. 32c – finansowanie zwiększonych kosztów świadczeń wykonywanych przez personel z zagranicy	Doprecyzować, że procedura rozliczenia musi zapewniać szpitalom zwrot faktycznie poniesionych kosztów i nie może wymagać dodatkowych raportów poza tymi wymaganymi przez NFZ.	Procedury z udziałem zagranicznego personelu generują bardzo duże koszty (np. w kardiologii, kardiochirurgii, transplantologii). Szpitale muszą mieć pewność, że finansowanie nie będzie spóźnione lub administracyjnie skomplikowane.		
	6.	Art. 27c–27d – subfundusz chorób rzadkich u dzieci	Wprowadzić możliwość finansowania infrastruktury diagnostyczno-terapeutycznej niezbędnej do realizacji programów leczenia chorób rzadkich (np. laboratoria genetyczne, aparatura wysokospecjalistyczna).	Leczenie chorób rzadkich wymaga rozbudowanej infrastruktury (diagnostyka molekularna, sekwencery, aparatura immunologiczna). Finansowanie wyłącznie kosztów leczenia, bez infrastruktury, przerzuca ciężar na duże szpitale wojewódzkie, które wykonują te świadczenia.		
	7.	Uwaga ogólna	Potrzeba doprecyzowania zasad finansowania kosztów eksploatacji powstałej infrastruktury	Obecne taryfy NFZ nie uwzględniają kosztów energii, klimatyzacji, pomp ciepła, urządzeń medycznych i budynków wysokospecjalistycznych.		

	8.	Uwaga ogólna	Ryzyko przeciążenia szpitali dodatkowymi obowiązkami administracyjnymi	Zwłaszcza w zakresie COP, e-zdrowia i integracji systemów.		
Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego		4. Do konkursu, o którym mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy art. 21-27 z tym zastrzeżeniem, że przedmiot i kryteria oceny wniosków muszą uzyskać pozytywną opinię Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw administracji publicznej oraz Szefa Kancelarii Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej.	4. Do konkursu, o którym mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy art. 21-27 z tym zastrzeżeniem, że przedmiot i kryteria oceny wniosków muszą uzyskać pozytywną opinię Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw administracji publicznej oraz Szefa Kancelarii Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej.	W świetle regulacji art. 88 ust. 1 w zw. art. 122 ust. 2 Konstytucji, warunkiem wejścia w życie każdej ustawy jest podpisanie jej przez Prezydenta, a następnie ogłoszenie w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej. Prezydent ma prawo podpisać ustawę, odmówić jej podpisania (weto) z umotywowanym wnioskiem lub skierować ją do Trybunału Konstytucyjnego (TK), a Sejm może go odrzucić kwalifikowaną większością głosów (3/5), po czym Prezydent jest zobowiązany do podpisania ustawy.		
Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego		Art. 7 pkt 2b; Art. 27a ust. 2; Art. 27a ust. 3; Art. 27a ust. 5	Zamiana słowa „szpitali” na „podmiotów leczniczych”.	Proponowany zapis uniemożliwia innym podmiotom leczniczym, np. dysponentom ratownictwa medycznego, skorzystanie z Funduszu Medycznego.		



KRAJOWA RADA DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH

RPW/1810/2026 – 1P



EZD RP KS
(BPW-III)
Data rejestracji: 2026-01-19
Data wpływu: 2026-01-19

L.dz. 04165/12/2025/Dz.Pr.

Warszawa, dnia 18 grudnia 2025 r.

WYDZIAŁ OBSŁUGI PREZYDIUM SEJMU

L. dz. SPS-III.020.374.11.2025

Data wpływu 26.12.2025

Pan

Włodzimierz Czarzasty

Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

w związku z przekazaniem do konsultacji społecznych poniższych pism:

1. projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, pismo znak: **SPS-III.020.289.6.2025;**
2. projekt o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, pismo znak: **SPS-III.020.324.4.2025;**
3. projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie nadania statusu uzdrowiska Osiedlu Uzdrowiskowemu Miasta Lidzbark Warmiński i sołectwom: Medyny i Łabno, położonym na obszarze gminy Lidzbark Warmiński (RD231), pismo znak: **DLD.0210.3.2025.EMK;**
4. projekt ustawy o koordynacji działań antykorupcyjnych oraz likwidacji Centralnego Biura Antykorupcyjnego, pismo znak: **SPS-III.020.347.5.2025;**
5. projekt ustawy o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw, pismo znak: **SPS-III.020.338.4.2025;**

Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych

ul. Konopacka 4, 03-428 Warszawa

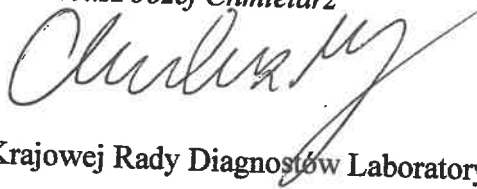
REGON 015297876, NIP 1132394634

6. projekt o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym pismo znak: **SPS-III.020.374.6.2025;**
7. projekt ustawy o asystencji osobistej osób z niepełnosprawnościami, pismo znak: **SPS-III.020.329.6.2025;**
8. projekt ustawy o zawodzie psychologa oraz samorządzie zawodowym psychologów (druk sejmowy 1344), pismo znak: **SPS-III.020.141.3.2025;**
9. projekt ustawy o zmianie ustawy - Prawo farmaceutyczne (druk sejmowy 1266), pismo znak: **SPS-III.020.111.4.2025;**
10. projekt ustawy o zmianie ustawy o zapasach ropy naftowej, produktów naftowych i gazu ziemnego oraz zasadach postępowania w sytuacjach zagrożenia bezpieczeństwa paliwowego państwa i zakłóceń na rynku naftowym oraz niektórych innych ustaw (druk sejmowy 1239), pismo znak: **SPS-III.020.94.4.2025;**
11. projekt ustawy o zmianie ustawy o zmianie ustawy o obronie Ojczyzny oraz niektórych innych ustaw (druk sejmowy 1270), pismo znak: **SPS-III.020.114.4.2025;**
12. projekt ustawy o zmianie ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa oraz niektórych innych ustaw (druk sejmowy nr 1492), pismo znak: **SPS-III.020.213.3.2025.**

w załączeniu przesyłam Stanowiska Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych w powyższych sprawach.

Z poważaniem,

Mateusz Józef Chmielarz



Sekretarz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych

Przekazano do:

1. gms-wp@sejm.gov.pl

Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych

ul. Konopacka 4, 03-428 Warszawa

REGON 015297876, NIP 1132394634



KRAJOWA RADA DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH

Stanowisko

Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych projektu ustawy o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym

Na podstawie art. 88 pkt 3 ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1295), Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych przedstawia stanowisko do projektu o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym, przekazanego przy piśmie znak: SPS-III.020.374.6.2025.

Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

Z poważaniem,

Mateusz Józef Chmielarz

Sekretarz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych

BEOS-2773/25

Warszawa, 26 stycznia 2026 r.

WYDZIAŁ OBSŁUGI PREZYDIUM SEJMU

L. dz. SP5-III.020.374.12.2025

Data wpływu 27.I.26r.

Pan

Włodzimierz Czarzasty

Marszałek Sejmu

Rzeczypospolitej Polskiej

**Opinia w sprawie oceny skutków regulacji
przedstawionego przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej projektu ustawy
o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym
(przed nadaniem numeru druku)¹**

Na podstawie art. 34 ust. 9b uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 30 lipca 1992 r. – Regulamin Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej (Monitor Polski z 2022 r. poz. 990, ze zm.) sporządza się następującą opinię:

I. Problem, który zamierza rozwiązać Wnioskodawca

Zgodnie z uzasadnieniem projektu proponowana ustawa służy rozwiązaniu narastających trudności finansowych polskiego systemu ochrony zdrowia. Wnioskodawca zwraca uwagę na brak zapewnienia płynności finansowej systemu opieki zdrowotnej i związane z tym ryzyko wstrzymania lub znaczącego ograniczenia dostępu do świadczeń medycznych, w tym ograniczenia udzielania świadczeń zdrowotnych w obszarach o kluczowym znaczeniu dla zdrowia i życia pacjentów. Niedostateczna wysokość dotacji podmiotowej dla Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) prowadzi do sytuacji, w której kwoty zobowiązań NFZ wobec świadczeniodawców nie mogą zostać pokryte z dotychczasowych środków Funduszu.

Problemem jest też brak zdolności systemu do funkcjonowania w sytuacjach kryzysowych oraz brak zapewnienia stabilnego wsparcia dla pacjentów z chorobami rzadkimi i groźba utraty ciągłości finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla dzieci. Wnioskodawca zwraca również uwagę na niedostateczną jakość obsługi pacjentów z wykorzystaniem nowoczesnych narzędzi cyfrowych.

W ocenie Wnioskodawcy narzędzia Funduszu Medycznego, który w obecnej sytuacji może być jedynym dostępnym narzędziem zdolnym do natychmiastowego

¹ Projekt znajduje się w wykazie projektów wniesionych, którym nie został nadany jeszcze numer druku sejmowego. Numer w wykazie: RPW/38284/2025.

wsparcia systemu ochrony zdrowia, nie są dostosowane do aktualnych wyzwań odnoszących się do bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli i stabilności całego systemu.

II. Rozwiązanie rekomendowane przez Wnioskodawcę

Projekt przewiduje zmianę ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym² (dalej: ustawa o Funduszu Medycznym).

Na wstępie należy zaznaczyć, że projekt został wniesiony do Sejmu 18 listopada 2025 r. i odnosi się do stanu prawnego sprzed wejścia w życie ustawy z dnia 21 listopada 2025 r. o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³, która zmieniła ustawę o Funduszu Medycznym z dniem 1 stycznia 2026 r., m.in. dodając w tej ustawie rozdziały 4a i 4b oraz art. 33c. Wprowadzenie rozdziałów 4a i 4b oraz dodanie art. 33c w ustawie o Funduszu Medycznym zakłada również proponowana ustawa.

Ponadto projekt przewiduje zmianę artykułów: 2, 5, 6, 7, 14, 24, 28 i 38 oraz dodanie art. 32c w ustawie o Funduszu Medycznym.

Proponowane w projekcie rozdziały 4a i 4b ustawy o Funduszu Medycznym zawierają postanowienia dotyczące subfunduszy – odpowiednio – infrastruktury bezpieczeństwa i chorób rzadkich u dzieci (art. 1 pkt 7 projektu). Subfundusze mają być wyodrębnione w ramach Funduszu Medycznego (art. 1 pkt 3 projektu).

Zaproponowane w projekcie zmiany ustawy o Funduszu Medycznym dotyczą także: definicji programu inwestycyjnego; procedury ustanawiania programów inwestycyjnych; uzgadniania i zatwierdzania projektów programów inwestycyjnych oraz zawierania umowy na udzielenie dotacji celowej na realizację tych programów (art. 1 pkt. 2 i 5 projektu); przeznaczenia środków gromadzonych przez Fundusz Medyczny na dofinansowanie budowy, rozbudowy, modernizacji, przebudowy lub doposażenia szpitali w ramach subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa, zwiększenie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w kraju, związanych z udziałem w ich udzielaniu osób wykonujących zawód medyczny poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, finansowanie innowacyjnego leczenia osób z chorobami rzadkimi do ukończenia 18. roku życia, finansowanie zadań związanych z poprawą jakości teleinformatycznej obsługi pacjentów (art. 1 pkt 4 i 10 projektu); przeznaczenia dofinansowania ze środków subfunduszu profilaktyki (art. 1 pkt 8 projektu) i subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego (art. 1 pkt 9 projektu). W art. 1 pkt 11 oraz art. 3 projektu zaproponowano zmiany wysokości wpłat z budżetu państwa na Fundusz Medyczny oraz zmianę zasad przekazywania dotacji z Funduszu Medycznego.

Zgodnie z art. 2 projektu Rada Ministrów ma przyjąć pierwszy Plan dla Chorób Rzadkich u Dzieci do końca 2026 r.

² Dz. U. z 2024 r. poz. 889, ze zm.

³ Dz. U. z 2025 poz. 1739.

Projekt zawiera postanowienia przejściowe (art. 3 i art. 4). Zgodnie z art. 5 projektu proponowana ustawa miała wejść w życie z dniem 15 grudnia 2025 r.

III. Inne rozwiązania rozważane przez Wnioskodawcę

Wnioskodawca nie rozważał innych rozwiązań. W uzasadnieniu projektu stwierdzono, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanej ustawy środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

IV. Rozwiązania przyjmowane w innych państwach, w szczególności państwach członkowskich OECD/UE

W informacji opisano rozwiązania przyjmowane w wybranych państwach członkowskich UE w obszarach odpowiadających problemom identyfikowanym w projekcie, tj. stabilizacji finansowania i zapewnianiu ciągłości realizacji świadczeń w warunkach napięć budżetowych, wzmacnianiu odporności infrastruktury szpitalnej i gotowości na zdarzenia nadzwyczajne, organizacji wsparcia dla chorób rzadkich oraz rozwoju narzędzi teleinformatycznych dla pacjenta. Przedstawiono sytuację we Francji, Niemczech i Szwecji, ponieważ państwa te reprezentują odmienne modele organizacji i finansowania ochrony zdrowia: Francja – podejście silnie planistyczno-regulacyjne, Niemcy – model ubezpieczeniowy i federalny z mechanizmami redystrybucji oraz funduszami celowymi, natomiast Szwecja – model o wysokiej decentralizacji i istotnej roli regionów.

Francja

System opieki zdrowotnej we Francji jest w większości scentralizowany, a wśród jego charakterystycznych cech wskazać można model jednego płatnika, znaczenie dochodów z podatków jako uzupełnienia składek społecznych, silną interwencję państwa i świadczenia oparte na miejscu zamieszkania. Jednocześnie coraz większą rolę odgrywają w tym modelu regionalne agencje zdrowia⁴. Stabilizacja finansowania świadczeń w warunkach napięć budżetowych opiera się m.in. na corocznie ustalonym dla szpitali krajowym celu wydatków publicznego ubezpieczenia zdrowotnego (*Objectif national des dépenses d'assurance maladie*, ONDAM), który w razie potrzeby może zostać skorygowany decyzją ustawodawcy, oraz na instrumentach wsparcia kierowanych do podmiotów w najtrudniejszej sytuacji finansowej. W 2025 r. ONDAM wyniósł 109,6 mld euro. W 2025 r. wygaś program zabezpieczenia dochodów szpitali wprowadzony w związku z kryzysem zdrowotnym, który zastąpiono wsparciem w wysokości 235 mln euro przeznaczonym dla placówek opieki zdrowotnej znajdujących się w najtrudniejszej

⁴ *State of Health in the EU: France – Country Health Profile 2025*, <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/france/> [wszystkie źródła internetowe cytowane w niniejszej opinii zostały sprawdzone 26 I 2026 r.].

sytuacji finansowej, zgodnie z zasadą odpowiedzialności placówek za przywrócenie równowagi finansowej⁵.

Ramy w zakresie organizacji reakcji systemu opieki zdrowotnej na sytuacje nadzwyczajne (np. pandemie, wypadki przemysłowe, zmiany klimatyczne, zamachy terrorystyczne, zagrożenia cybernetyczne itp.) wyznacza we Francji regionalny system organizacji reagowania zdrowotnego (ORSAN – *dispositif d'organisation de la réponse sanitaire*), opracowywany w każdym regionie przez Regionalną Agencję Zdrowia (*Agence Régionale de Santé, ARS*)⁶. Podstawę prawną ORSAN stanowią przepisy Kodeksu zdrowia publicznego⁷ (m.in. art. L. 3131-11 oraz przepisy wykonawcze art. R. 3131-4 i R. 3131-5), uzupełnione dekretem z 3 stycznia 2024 r. dotyczącym wzmocnienia przygotowania systemu zdrowia na wyjątkowe sytuacje zdrowotne⁸. Jego celem jest zapewnienie zwiększenia wydajności systemu opieki zdrowotnej, w tym koordynacja mobilizacji placówek opieki zdrowotnej i pracowników ochrony zdrowia. W ramach ORSAN określone są m.in. ścieżki opieki nad pacjentami, którzy ucierpieli w wyniku danej sytuacji, i organizacja ich leczenia. System opisano w przewodniku metodologicznym⁹, który opiera się na pięciu planach operacyjnych (opracowywanych na poziomie regionów) odpowiadających zagrożeniom, które mogą spowodować kryzys w zakresie opieki zdrowotnej: masowy napływ pacjentów, opieka nad osobami z urazami psychicznymi, zagrożenie epidemiczne i klimatyczne, zagrożenie epidemiczne i biologiczne, zagrożenie radiologiczne i chemiczne. Plany, które w razie potrzeby mogą być uruchamiane równocześnie, obejmują:

1. ORSAN AMAVI – organizacja przyjęcia i opieki nad dużą liczbą rannych po wypadku zbiorowym, zamachu lub katastrofie naturalnej;
2. ORSAN MEDICO-PSY – opieka nad licznymi ofiarami z konsekwencjami psychicznymi;
3. ORSAN EPI-CLIM – odpowiedź na epidemie sezonowe i napięcia szpitalne oraz zdarzenia klimatyczne i środowiskowe (np. upały, silny mróz, zanieczyszczenia);
4. ORSAN REB – strategie dla ryzyk epidemicznych i biologicznych, w tym o potencjale pandemicznym (ograniczenie wprowadzenia i transmisji czynnika, łagodzenie skutków, przygotowanie na nawroty);

⁵ Informacje na podstawie strony internetowej francuskiego Ministerstwa Zdrowia, Rodziny i Niezależności osób z niepełnosprawnościami: <https://sante.gouv.fr/actualites-presse/presse/communiqués-de-presse/article/le-gouvernement-annonce-une-augmentation-du-financement-des-etablissements-de>.

⁶ Informacje nt. systemu ORSAN na podstawie strony internetowej francuskiego Ministerstwa Zdrowia, Rodziny i Niezależności osób z niepełnosprawnościami: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/securite-sanitaire/article/le-dispositif-orsan-cadre-integre-de-preparation-et-de-reponse-du-systeme-de>.

⁷ Code de la santé publique, tekst w j. francuskim: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/.

⁸ Décret n° 2024-8 du 3 janvier 2024 relatif à la préparation et à la réponse du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles, tekst w j. francuskim: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048851655>.

⁹ Guide méthodologique d'élaboration du dispositif ORSAN régional, https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_orsan_2024.pdf; obecna wersja przewodnika została opracowana w 2024 r. i stanowi aktualizację przewodnika z 2014 r.

5. ORSAN NRC – opieka nad ofiarami promieniowania oraz zdarzeń z udziałem czynników chemicznych (w tym toksyn) i zagrożeń nuklearnych/radiologicznych.

ORSAN jest instrumentem komplementarnym i skoordynowanym z ORSEC (*Organisation de la Réponse de Sécurité Civile* – organizacja odpowiedzi w zakresie bezpieczeństwa cywilnego). ORSAN jako system planowania nie ma własnego funduszu. Finansowanie zakupu i utrzymania środków operacyjnych (sprzętu/środków taktycznych), jak wskazano w przewodniku¹⁰, odbywa się przez dotację w ramach zadań użyteczności publicznej MIG (*missions d'intérêt général*) – dotacja MIG O03 (nabywanie i utrzymywanie środków służących do zarządzania ryzykiem związanym z wyjątkowymi okolicznościami) przekazywana dysponentom (podmiotom leczniczym) pod nadzorem ARS.

W zakresie postępowania w przypadku chorób rzadkich, we Francji wdrażane są wieloletnie plany krajowe. Obecnie, od lutego 2025 r., działa Czwarty Narodowy Plan ds. Chorób Rzadkich (*4^{ème} plan national maladies rares*, PNMR4) na lata 2025-2030¹¹. Jest to strategia służąca poprawie opieki nad osobami chorymi i ich otoczeniem, przyspieszeniu badań oraz rozwojowi nowych terapii, a także pobudzeniu innowacji przemysłowej. Plan jest ukierunkowany na wzmocnienie sieci ośrodków eksperckich i finansowania ich funkcjonowania (ok. 36 mln euro nowych środków), przyspieszenie diagnostyki (w tym rozszerzenie badań przesiewowych noworodków) oraz rozwój badań i innowacji terapeutycznych, z jednoczesnym akcentem na współpracę europejską i wymianę danych¹².

Francja wdrożyła także publiczną usługę cyfrowego zarządzania danymi zdrowotnymi, w tworzeniu której uczestniczyły różne grupy podmiotów (w tym stowarzyszenia pacjentów, pracownicy ochrony zdrowia czy instytucje systemu ochrony zdrowia). Usługa *Mon Espace Santé* została uruchomiona w styczniu 2022 r. i stanowi indywidualną „przestrzeń cyfrową” pacjenta (*espace numérique de santé*), której celem jest umożliwienie każdemu ubezpieczonemu przechowywania i udostępniania dokumentów oraz danych zdrowotnych oraz korzystania z usług cyfrowych związanych z opieką zdrowotną. Podstawy funkcjonalne usługi wynikają z regulacji w Kodeksie zdrowia publicznego¹³, które wskazują, że dokumentacja medyczna jest elementem przestrzeni cyfrowej i określają zakres danych oraz narzędzi dostępnych dla użytkownika (m.in. dane administracyjne, dane refundacyjne, narzędzia bezpiecznych wymian, usługi telezdrowia i katalog usług).

¹⁰ Ibidem, s. 59.

¹¹ Tekst planu w j. francuskim: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnrmr4_vf6.pdf.

¹² Informacje nt. PNMR\$ na podstawie strony internetowej francuskiego Ministerstwa Zdrowia, Rodziny i Niezależności Osób z Niepełnosprawnościami: <https://sante.gouv.fr/actualites-presse/presse/communiqués-de-presse/article/des-territoires-vers-l-europe-le-gouvernement-lance-le-4e-plan-national>.

¹³ *Code de la santé publique* - Cyfrowa przestrzeń ochrony zdrowia, wspólna dokumentacja medyczna i dokumentacja farmaceutyczna (art. L1111-13 do L1111-24), tekst w j. francuskim: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000020889011/#LEGISCTA000038886983.

Niemcy

W Niemczech w zakresie organizacji systemu opieki zdrowotnej, podstawą jest obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne (przede wszystkim ustawowe, ale z możliwością wybrania przez niektóre grupy osób ubezpieczenia prywatnego) realizowane przez wiele kas chorych i finansowane ze składek (związanych z wynagrodzeniami, dzielonych między pracowników i pracodawców, oraz z dotacji federalnych). Ramy systemu są wyznaczane przez Federalne Ministerstwo Zdrowia, a zarządzanie planowaniem szpitalnym i publicznymi usługami zdrowotnymi, a także nadzór nad regionalnymi stowarzyszeniami kas chorych i świadczeniodawców ambulatoryjnych jest kompetencją władz krajów związkowych (landów). W 2023 r. wydatki Niemiec na opiekę zdrowotną wyniosły 11,7% PKB (średnia UE – 10,0%). Niemieckie wydatki na opiekę zdrowotną na mieszkańca są najwyższe wśród państw członkowskich UE (5 414 euro w 2023 r. – po uwzględnieniu różnic w sile nabywczej). W 2023 r. finansowanie publiczne stanowiło 86% bieżących wydatków na zdrowie, a wydatki bezpośrednie 11%¹⁴. Redystrybucja środków pomiędzy kasami opiera się na Funduszu zdrowia (*Gesundheitsfonds*) zarządzanym przez Federalny Urząd ds. Zabezpieczenia Społecznego (*Bundesamt für Soziale Sicherung*). Fundusz został powołany 1 stycznia 2009 r. Fundusz zdrowia musi utrzymywać płynne aktywa jako rezerwę płynności, której wysokość na koniec roku budżetowego musi wynosić co najmniej 20% średnich miesięcznych wydatków Funduszu zdrowia¹⁵. Istotnym elementem systemu jest też mechanizm wyrównawczy między kasami chorych (*Risikostrukturausgleich*, tzw. Morbi-RSA). Jego istotą jest korygowanie kwoty bazowej, jaką kasy chorych otrzymują z Funduszu zdrowia na każdego ubezpieczonego, w zależności od profilu ryzyka jej populacji (m.in. wiek, płeć, miejsce zamieszkania i obciążenie chorobami ustalone na podstawie danych rozliczeniowych, diagnoz i leków), tak aby zneutralizować skutki nierównomiernego rozkładu ryzyka kosztów między kasami. Rozliczenie odbywa się w cyklu rocznym, ale wypłaty są realizowane miesięcznie z korektami w trakcie roku i końcowym rozliczeniem rocznym, co pozwala dostosowywać transfery do zmian liczby i struktury ubezpieczonych, przy jednoczesnym założeniu, że system ma ograniczać bodźce do nieuzasadnionego medycznie zwiększania świadczeń¹⁶.

W obszarze wzmocnienia zdolności szpitali utworzono Fundusz Przyszłości Szpitali (*Krankenhauszukunftsfonds*) jako instrument dotacyjny wspierający inwestycje, w tym zwłaszcza cyfryzację, informatyczne bezpieczeństwo oraz modernizację procesów szpitalnych. Rząd federalny przeznaczył na ten cel 3 mld euro (uruchamiane poprzez rezerwę płynności Funduszu zdrowia), natomiast kraje związkowe i/lub podmioty prowadzące szpitale – 1,3 mld euro łącznie¹⁷. Ponadto Niemcy dysponują dużą bazą łóżek szpitalnych, a aktywność

¹⁴ *State of Health in the EU: Germany – Country Health Profile 2025*, <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/germany/>.

¹⁵ Informacje na stronie internetowej Federalnego Urzędu ds. Zabezpieczenia Społecznego: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/gesundheitsfonds/ueberblick/>.

¹⁶ Informacje na stronie internetowej Federalnego Urzędu ds. Zabezpieczenia Społecznego: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/rsa-einfach-erklart/>.

¹⁷ Więcej informacji na temat Funduszu Przyszłości Szpitali: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/krankenhauszukunftsfonds-1/>.

hospitalizacyjna pozostaje wysoka (liczba wypisów jest o ok. 40% wyższa niż średnio w UE), co rodzi debatę o nadmiernej pojemności i efektywności sektora szpitalnego. W konsekwencji trwają reformy zmierzające do ograniczania dublowania struktur i lepszego planowania świadczeń poprzez wprowadzenie grup usług przypisywanych przez kraje związkowe na podstawie spełniania wymogów kadrowych i infrastrukturalnych, przy jednoczesnym uzupełnieniu finansowania o stałe płatności na pokrycie kosztów operacyjnych, aby zapewnić bardziej przewidywalne finansowanie niezależnie od liczby przyjęć oraz przesunąć część świadczeń do trybu ambulatoryjnego¹⁸.

Niemcy posiadają krajowy plan działań na rzecz osób z chorobami rzadkimi (*Nationaler Aktionsplan für Menschen mit Seltenen Erkrankungen*)¹⁹, opracowany w ramach Krajowego Sojuszu na rzecz Osób z Rzadkimi Chorobami (*Nationales Aktionsbündnis für Menschen mit Seltenen Erkrankungen*, NAMSE) z udziałem administracji federalnej i partnerów systemu. Plan obejmuje zestaw propozycji działań (w tym dotyczących m.in. ośrodków eksperckich, sieci, diagnostyki, rejestrów i informacji) i ma na celu uporządkowanie i wzmocnienie opieki nad osobami z chorobami rzadkimi w ujęciu federalnym.

W Niemczech kluczowym rozwiązaniem cyfrowym dla pacjenta jest elektroniczna dokumentacja medyczna (*elektronische Patientenakte*), rozwijana jako ogólnokrajowa usługa dla osób objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Od 1 października 2025 r. świadczeniodawcy są zobowiązani do korzystania z tej dokumentacji i do wprowadzania do niej danych przewidzianych prawem (np. wyniki i dokumenty z leczenia)²⁰.

Szwecja

W Szwecji system opieki zdrowotnej charakteryzuje się zdecentralizowanym modelem zarządzania. Ogólne ramy polityczne i regulacyjne są przyjmowane na poziomie rządowym, jednak za finansowanie i świadczenie większości usług zdrowotnych odpowiadają władze 21 regionów. Ponadto, długoterminowa opieka oraz usługi domowe dla osób starszych i z niepełnosprawnościami są organizowane na poziomie gminnym. Z roku na rok wzrasta także udział sektora prywatnego w podstawowej opiece zdrowotnej, a pacjenci mogą wybierać dowolnego akredytowanego dostawcę takich usług (prywatnego lub publicznego). Wydatki Szwecji na opiekę zdrowotną zajmują czwarte miejsce w UE²¹. Finansowanie systemu ma przede wszystkim charakter podatkowy, opiera się na podatkach regionalnych i gminnych, a uzupełniają je transfery/dotacje państwowe. W 2023 r. 86% wydatków na zdrowie pochodziło z finansowania publicznego, a udział płatności bezpośrednich pacjentów jest relatywnie niski (13%). W reakcji na sytuacje nadzwyczajne możliwe są czasowe wahania wydatków per capita (np. w 2021 r.

¹⁸ *State of Health in the EU: Germany...*, op. cit.

¹⁹ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/n/namse.html>.

²⁰ Więcej informacji na temat elektronicznej dokumentacji: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/elektronische-patientenakte/epa-fuer-alle.html>.

²¹ *State of Health in the EU: Sweden – Country Health Profile 2025*, <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/sweden/>.

nastąpił wzrost w związku z finansowaniem działań nadzwyczajnych, a następnie spadek w 2022 r. i stabilizacja w 2023 r.)²².

W obszarze gotowości kryzysowej istotną rolę pełnią organy centralne, w szczególności Krajowa Rada ds. Zdrowia i Opieki Społecznej (*Socialstyrelsen*), która koordynuje i monitoruje planowanie cywilnej gotowości w systemie ochrony zdrowia i usług społecznych, a w razie sytuacji nadzwyczajnej informuje administrację rządową oraz Szwedzką Agencję ds. Ochrony Ludności i Gotowości (MSB)²³. Szwecja ma najniższą w UE liczbę łóżek szpitalnych (1,9/1 000 ludności w 2023 r.), a w 2024 r. potwierdzono niedobór 2 230 łóżek. W związku z tym rząd uruchomił wieloletni plan zwiększania zdolności, przeznaczając ponad 2 mld koron szwedzkich rocznie na obsadzenie 1 220 nowych łóżek, przy czym dostęp do części finansowania uzależniono od działań regionów w zakresie trwałego wzmocnienia kadr²⁴.

Krajowa Rada ds. Zdrowia i Opieki Społecznej otrzymała od rządu szwedzkiego zadanie opracowania krajowej strategii w obszarze chorób rzadkich. W maju 2025 r. przedstawiono propozycję strategii²⁵, zawierającą m.in. identyfikację obszarów priorytetowych w omawianym obszarze (w tym koordynacja w celu zapewnienia długoterminowej stabilności). We wrześniu 2025 r. Radzie powierzono kolejne zadania związane z wdrażaniem ukierunkowanych inicjatyw, koncentrujących się na upowszechnianiu informacji i wiedzy na temat rzadkich schorzeń²⁶.

W zakresie cyfryzacji zdrowia Szwecja należy do państw o zaawansowanym rozwoju. Mieszkańcy Szwecji częściej niż przeciętnie w UE korzystają z narzędzi cyfrowych, w tym wyszukiwania informacji zdrowotnych online, umawiania wizyt cyfrowo i dostępu do osobistej dokumentacji elektronicznej, a kapitałowe nakłady na technologie informacyjno-komunikacyjne w zdrowiu osiągnęły 5,9 mln euro na 100 000 osób w 2023 r. (trzeci wynik po Austrii i Danii; ponad 2,5 razy powyżej średniej UE)²⁷. Cyfrowy dostęp do informacji o zdrowiu i usługach oraz – po zalogowaniu – do e-usług zależnych od regionu jest zapewniony poprzez portal 1177.se prowadzony w ramach współpracy międzyregionalnej. Regiony decydują, jakie usługi chcą oferować na swoim terenie, a rozwojem i zarządzaniem portalem zajmuje się podmiot obsługujący współpracę regionów w zakresie cyfryzacji (Inera)²⁸.

²² Ibidem.

²³ Informacje na stronie internetowej Krajowej Rady ds. Zdrowia i Opieki Społecznej, <https://www.socialstyrelsen.se/en/about-us/emergency-preparedness/>.

²⁴ *State of Health in the EU: Sweden...*, op. cit.

²⁵ Sällsynta hälsotillstånd. Förslag till nationell strategi 2025, tekst w j. szwedzkim: <https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/d4b91be39b9e4ea7be3e9a7023d10210/2025-3-9488.pdf>.

²⁶ Komunikat prasowy rządu: <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2025/09/nytt-uppdrag-till-socialstyrelsen-om-sallsynta-halsotillstand/>.

²⁷ *State of Health in the EU: Sweden...*, op. cit.

²⁸ <https://www.inera.se/om-inera/det-har-ar-inera/>.

1.

Treść projektu w zasadniczej mierze pokrywa się z regulacją zawartą w nowelizacji ustawy o Funduszu Medycznym z dnia 21 listopada 2025 r., która w pełnym zakresie weszła w życie z dniem 1 stycznia 2026 r.

Zakres oraz przedmiot regulacji projektu prezydenckiego i nowelizacji jest tożsamy – obejmują one: wprowadzenie w ramach Funduszu Medycznego dwóch subfunduszy o podobnym przeznaczeniu. Ponadto zbieżne zmiany obejmują zwiększenie wysokości wpłat z budżetu państwa na Fundusz Medyczny, a także wprowadzenie możliwości finansowania zadań związanych z poprawą jakości teleinformatycznej obsługi pacjentów. Różnice pomiędzy projektem a nowelizacją sprowadzają się w zasadniczej mierze do odmiennego sposobu uregulowania wskazanych zagadnień.

Projekt prezydencki wpłynął do Sejmu dnia 18 listopada 2025 r. Rządowy projekt, na podstawie którego przyjęto nowelizację, wpłynął do Sejmu dnia 19 listopada 2025 r. (druk sejmowy nr 1995). Pierwotne brzmienie projektu rządowego przewidywało jedynie wprowadzenie zmian w art. 38 u.f.m. (zwiększenie kwoty środków Funduszu Medycznego). Projekt zawierał także przepisy z tą zmianą powiązane²⁹. W trakcie prac nad projektem rządowym, na etapie prac komisji po pierwszym czytaniu, jego treść została rozszerzona o zagadnienia ujęte w projekcie prezydenckim³⁰. Sejm uchwalił ustawę przygotowaną na podstawie przedłożenia rządowego dnia 21 listopada, a dnia 5 grudnia Prezydent podpisał ustawę.

Okoliczności powyższe powodują, że w trakcie prac nad projektem prezydenckim konieczne będzie wprowadzenie w nim istotnych zmian mających na celu uwzględnienie przyjęcia nowelizacji. Konieczne będzie rozstrzygnięcie, które z jego elementów mają zostać utrzymane, a od których przyjmowania należy odstąpić. Wprowadzenie zmian przewidzianych w projekcie może też wiązać się z koniecznością uchylecia przepisów wprowadzonych na mocy nowelizacji z dnia 21 listopada 2025 r. Kwestie te wymagają rozstrzygnięcia w trakcie prac legislacyjnych i nie sposób przesądzić na tym etapie właściwego kierunku modyfikacji projektu. Pewne zmiany, które będą musiały zostać wprowadzone w projekcie warunkować będzie też upływ czasu. Projekt zakładał, że zawarte w nim regulacje wejdą w życie 15 grudnia 2025 r.

Subfundusz infrastruktury bezpieczeństwa

Projekt przewiduje wyodrębnienie w Funduszu Medycznym subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa (projektowany art. 6 ust. 4 pkt 2a u.f.m.). Zmianie tej odpowiada obecna treść art. 6 ust. 4 pkt 5 u.f.m., ukształtowana w wyniku nowelizacji z dnia 21 listopada 2025 r., na podstawie której wyodrębniony został subfundusz infrastruktury na potrzeby obronne państwa. Środki z subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa mają być przeznaczane na dofinansowanie zadania polegającego

²⁹ <https://orka.sejm.gov.pl/Druki10ka.nsf/0/D99ED7B999DE3511C1258D4700615E04/%24File/1995.pdf>.

³⁰ Sprawozdanie Komisji Zdrowia o pilnym rządowym projekcie ustawy o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym (druk sejmowy nr 1998), <https://www.sejm.gov.pl/Sejm10.nsf/druk.xsp?nr=1998>.

na budowie, rozbudowie, modernizacji, przebudowie lub doposażeniu szpitali (projektowany art. 7 pkt 2b u.f.m.). Obecnie art. 7 pkt 2b u.f.m. ma zbliżone brzmienie, z tym że wskazuje na inną nazwę subfunduszu oraz stanowi, że beneficjentem dofinansowania jest podmiot leczniczy, a nie szpital. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³¹ pojęcie „szpital” oznacza zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne.

Szczegółowe regulacje dotyczące subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa mają być zawarte w rozdziale 4a u.f.m. Obecnie rozdział 4a nosi tytuł wskazujący, że zawarte w nim regulacje dotyczą subfunduszu infrastruktury na potrzeby obronne państwa. Zgodnie z projektowanym art. 27a ust. 1 u.f.m., w celu realizacji zadania, o którym mowa w art. 7 pkt 2b, minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje projekt programu inwestycyjnego (obecne brzmienie przepisu jest tożsame). Projekt przewiduje wprowadzenie definicji programu inwestycyjnego, którą obecnie zawiera już art. 2 pkt 3 u.f.m. Przepis ten stanowi, że ilekroć w ustawie mowa o programie inwestycyjnym – rozumie się przez to finansowany ze środków subfunduszu infrastruktury strategicznej, subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych oraz subfunduszu infrastruktury na potrzeby obronne państwa program o okresie realizacji dłuższym niż rok. Różnica pomiędzy projektem a obowiązującym stanem prawnym sprowadza się do zmiany nazwy funduszu.

Projektowany art. 27a ust. 2 u.f.m. stanowić ma, że celem programu inwestycyjnego jest wsparcie szpitali w przygotowaniu do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach kryzysowych, w szczególności w przypadku wystąpienia stanów nadzwyczajnych lub stanu wojny, poprzez inwestycje w infrastrukturę szpitali. Art. 27a ust. 2 u.f.m. w brzmieniu obecnym stanowi, że celem programu inwestycyjnego jest wsparcie podmiotów leczniczych w przygotowaniu do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na potrzeby obronności i bezpieczeństwa państwa w sytuacjach kryzysowych, w szczególności w przypadku wystąpienia stanu wojennego, stanu wyjątkowego albo stanu wojny. Różnica sprowadza się do tego, że projekt prezydencki obejmuje wszystkie przypadki stanów nadzwyczajnych, a więc poza stanem wojennym i wyjątkowym, także stan klęski żywiołowej (art. 228 ust. 1 Konstytucji).

Program inwestycyjny ma obejmować działania w szpitalach w obszarze wsparcia rozwoju infrastruktury, wyposażenia i niezbędnych zasobów materiałowych, która poprawia bezpieczeństwo udzielania świadczeń zdrowotnych, w warunkach kryzysowych, jak stanowić ma projektowany art. 27a ust. 3 u.f.m. Obecnie przepis ten wskazuje, że program inwestycyjny obejmuje działania w podmiotach leczniczych w obszarze wsparcia rozwoju infrastruktury tych podmiotów, ich wyposażenia i niezbędnych zasobów materiałowych, które poprawia bezpieczeństwo udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacjach, o których mowa w ust. 2.

Projekt programu inwestycyjnego minister właściwy do spraw zdrowia ma przedstawiać Radzie Ministrów, celem jego ustanowienia. W przypadku ustanowienia przez Radę Ministrów programu inwestycyjnego, o dofinansowanie

³¹ Dz. U. z 2025 r. poz. 450.

inwestycji w ramach tego programu będą mogły ubiegać się szpitale udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dofinansowanie następować ma w formie dotacji celowej ze środków subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa. Wykonawcą programu inwestycyjnego ma być minister właściwy do spraw zdrowia (projektowany art. 27a ust. 4-6 u.f.m.). Ustawa zawiera obecnie analogiczne regulacje, z tą różnicą, że wskazują one na podmioty lecznicze, a nie na szpitale.

Projektowany art. 27a ust. 7 u.f.m. określa treść wniosku o dofinansowanie w ramach programu inwestycyjnego. Jego brzmienie jest niemal tożsame z obecnym brzmieniem art. 27a ust. 7 u.f.m. Występujące między nimi różnice są nieistotne z normatywnego punktu widzenia.

Projekt prezydencki wprowadza wyłączenie stosowania przepisów dotyczących konieczności wydania opinii o celowości inwestycji, o której mowa w art. 95d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³², w odniesieniu do inwestycji dofinansowanych z subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa w ramach programu inwestycyjnego.

Wybór wniosków o dofinansowanie w ramach programu inwestycyjnego, zarówno w projekcie, jak i w stanie prawnym ukształtowanym w wyniku nowelizacji, następuje w drodze konkursu. Procedura ukształtowana w art. 27b jest tożsama z propozycją przedstawioną w projekcie prezydenckim z tą różnicą, że ten ostatni przewiduje dodatkowo, iż przedmiot i kryteria oceny wniosków muszą uzyskać pozytywną opinię Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw administracji publicznej oraz Szefa Kancelarii Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej.

Subfundusz chorób rzadkich u dzieci

Projekt przewiduje wyodrębnienie w Funduszu Medycznym subfunduszu chorób rzadkich u dzieci (projektowany art. 6 ust. 4 pkt 2b u.f.m.). Zmianie tej odpowiada obecna treść art. 6 ust. 4 pkt 6 u.f.m. ukształtowana w wyniku nowelizacji, na podstawie której wyodrębniony został subfundusz o tej samej nazwie. Szczegółowe regulacje odnoszące się do subfunduszu zawarte są w rozdziale 4b ustawy, którego wprowadzenie także przewiduje projekt. W odróżnieniu od obowiązującej regulacji, projekt prezydencki przewiduje wprowadzenie w proponowanym art. 27c ust. 1 u.f.m. regulacji nakładającej na Radę Ministrów obowiązek przyjęcia Planu dla Chorób Rzadkich u Dzieci. Regulacja określa zawartość planu, a także nakłada obowiązek dokonywania jego przeglądu i przedstawiania sprawozdania.

Obecna treść art. 27c u.f.m. odpowiada projektowanemu brzmieniu art. 27d u.f.m. Przepisy te określają zasady finansowania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia w zakresie leczenia chorób rzadkich. W tym zakresie występują już istotne różnice pomiędzy projektem a stanem ukształtowanym w wyniku przyjęcia nowelizacji z 21 listopada 2025 r. W odróżnieniu od projektu prezydenckiego w obowiązującym stanie prawnym

³² Dz. U. z 2025 r. poz. 1461.

warunkiem dla finansowania świadczenia ze środków subfunduszu chorób rzadkich u dzieci jest:

1) uzyskanie przez świadczeniodawcę pozytywnej opinii konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę rzadką albo konsultanta wojewódzkiego w tej dziedzinie, która zawiera ocenę zasadności zastosowania produktu leczniczego terapii zaawansowanej u danej osoby, o której mowa w ust. 1, zawierającą w szczególności przedstawienie dowodów naukowych uprawdopodobniających przewagę kliniczną tego produktu leczniczego nad najlepszą dostępną terapią w ramach świadczeń gwarantowanych;

2) wyczerpanie u danej osoby wszystkich możliwych do zastosowania w chorobie rzadkiej dostępnych technologii medycznych finansowanych ze środków publicznych;

3) dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego terapii zaawansowanej zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne³³ lub pozostawania w obrocie na podstawie art. 29 ust. 5 lub 6 tej ustawy (art. 27c ust. 2 u.f.m.). Po drugie, obecnie – zgodnie z art. 27c ust. 1 u.f.m. środki z subfunduszu mogą zostać wykorzystane w zakresie leczenia chorób rzadkich produktami leczniczymi terapii zaawansowanej, podawanymi jednorazowo w leczeniu szpitalnym, nieobjętych finansowaniem na podstawie art. 15 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Projekt prezydencki nie przewiduje takiego ograniczenia, a wskazuje, że przeznacza się je na środki i działania służące do poprawy dostępu do diagnostyki i leczenia chorób rzadkich, ze szczególnym uwzględnieniem niezaspokojonych potrzeb medycznych oraz dostępności sierocych produktów leczniczych (projektowany art. 27d ust. 1 w zw. z art. 27c ust. 2 pkt 2 u.f.m.).

Projekt prezydencki stanowi, że łączna wysokość dotacji z subfunduszu przekazanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia w danym roku, nie może przekroczyć kwoty 500 mln zł (projektowany art. 27d ust. 4 u.f.m.). Obecnie art. 27c ust. 5 u.f.m. ustala ten limit na kwotę 250 mln zł.

Zatwierdzanie projektu inwestycyjnego

Obecnie, na podstawie art. 5 ust. 1 u.f.m., programy inwestycyjne są ustanawiane, w drodze uchwały, przez Radę Ministrów. Projektowany art. 5 ust. 1 u.f.m. przewiduje wprowadzenie odstępstwa od tej reguły. W myśl tego przepisu programy inwestycyjne, o których mowa w art. 14 ust. 5 u.f.m.³⁴, miałyby być ustanawiane przez ich zatwierdzenie przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Ze wskazaną zmianą skorelowana jest proponowana zmiana ustępu 6 w art. 14 u.f.m. oraz uchylenie w tym artykule ustępu 7.

Dofinansowanie ze środków subfunduszu rozwoju profilaktyki

Projekt przewiduje rozszerzenie przeznaczenia środków subfunduszu rozwoju profilaktyki. Obecnie art. 28 ust. 1 pkt 1 u.f.m. stanowi, że środki te mogą być

³³ Dz. U. z 2025 r. poz. 750, ze zm.

³⁴ Chodzi tu o programy inwestycyjne ustanawiane dla realizacji zadań polegających na budowie, przebudowie, modernizacji lub doposażeniu infrastruktury strategicznej w ramach subfunduszu infrastruktury strategicznej.

przeznaczane na zwiększanie zgłaszalności kobiet i mężczyzn na badania w ramach programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej polegających na profilaktyce zdrowotnej. Projekt przewiduje, że środki te miałyby być przeznaczane na zwiększanie zgłaszalności na świadczenia opieki zdrowotnej służące profilaktyce chorób i istotnych problemów zdrowotnych. Ponadto, w zakresie dotyczącym wsparcia jednostek samorządu terytorialnego, jeśli chodzi o realizację programów profilaktyki zdrowotnej, projekt prezydencki przewiduje, że dofinansowanie subfunduszu rozwoju profilaktyki mogłoby obejmować także działania o charakterze edukacyjnym (projektowany art. 28 ust. 1 pkt 1 i 2 u.f.m.).

Projekt przewiduje także zniesienie limitu maksymalnego poziomu dofinansowania ze środków subfunduszu (uchylenie art. 28 ust. 5 u.f.m.). Nowelizacja podniosła natomiast ten poziom z 80% środków przewidzianych na realizację tego programu zgłoszonego w ramach wniosku o dofinansowanie na 100%.

Finansowanie zwiększonych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej

Projekt przewiduje wprowadzenie do u.f.m. art. 32c, który ma ustanawiać możliwość finansowania ze środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego zwiększonych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej związanych z udziałem w ich udzielaniu osób wykonujących zawód medyczny poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, w przypadku gdy świadczenie opieki zdrowotnej nie może zostać udzielone przez świadczeniodawcę posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z uwagi na brak odpowiednich kwalifikacji lub wystarczającego doświadczenia. Ze zmianą tą skorelowana jest zmiana art. 7 pkt 7 u.f.m.

Finansowanie zadań związanych z poprawą jakości teleinformatycznej obsługi pacjentów

Projekt przewiduje wprowadzenie możliwości finansowania z Funduszu Medycznego zadań związanych z poprawą jakości teleinformatycznej obsługi pacjentów. W tym zakresie przewiduje się wprowadzenie zmiany art. 7 u.f.m. polegającej na dodaniu punktu 11. Zmiana ta została już wprowadzona przez nowelizację z dnia 21 listopada 2025 r. poprzez wprowadzenie do art. 7 u.f.m. punktu 10.

Projekt prezydencki przewiduje dodanie do u.f.m. art. 33c, który ma stanowić, że minister właściwy do spraw zdrowia może każdego roku przyznać jednostce właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia ze środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego dotację celową na realizację zadań, o których mowa w art. 7 pkt 11. Wysokość dotacji nie może przekroczyć kwoty 100 mln zł. Kwota ta podlegać ma waloryzacji.

Zmiana limitu wydatków z budżetu państwa

Zgodnie z brzmieniem obowiązujących przepisów maksymalny limit wydatków z budżetu państwa będących skutkiem wejścia w życie ustawy o Funduszu Medycznym wynosi: w 2026 r. – 5,2 mld zł; w 2027 r. – 7,0 mld zł; w 2028 r. – 8,0 mld zł; w 2029 r. – 6,3 mld zł (art. 38 ust. 1 pkt 7-10 u.f.m.). Projekt prezydencki przewiduje w tym zakresie inne limity: w 2026 r. – 6,4 mld zł; w 2027 r. – 5,9 mld zł;

w 2028 r. – 5,4 mld zł; w 2029 r. – 5,2 mld zł (art. 38 ust. 1 pkt 7-10 u.f.m.). Skutkiem przyjęcia projektu prezydenckiego byłoby obniżenie limitu wydatków z budżetu państwa w stosunku do obecnego stanu prawnego. Sumaryczny limit we wskazanym okresie wynosi obecnie 26,5 mld zł. Projekt prezydencki przewiduje natomiast 22,9 mld. zł. Należy jednak zwrócić uwagę, że w momencie złożenia projektu prezydenckiego limit ten w ustawie o Funduszu Medycznym był niższy i wynosił sumarycznie 16,8 mld. zł.

2.

Opiniowany projekt dotyczy w pewnym zakresie zagadnień, objętych regulacją art. 1 Protokołu Dodatkowego nr 1 do Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności (EKPC), poddającego pod ochronę szeroko rozumiane mienie.

Opiniowany projekt nie ogranicza zastanych praw podmiotowych i nie nasuwa wątpliwości z punktu widzenia zgodności z EKPC.

VI. Skutki społeczne projektowanej ustawy

A) Projekt będzie oddziaływał na:

- świadczeniobiorców otrzymujących świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych,
- świadczeniodawców udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w szczególności szpitale,
- Radę Ministrów,
- ministra właściwego ds. zdrowia,
- Ministra Obrony Narodowej,
- ministra właściwego do spraw administracji publicznej,
- Szefa Kancelarii Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej,
- Narodowy Fundusz Zdrowia,
- Fundusz Medyczny.

B) Wpływ na społeczeństwo

Jak wskazano we wcześniejszych częściach opinii specyfiką rozpatrywanego projektu jest to, że po jego wpłynięciu do Sejmu nastąpiły istotne zmiany w ustawie o Funduszu Medycznym³⁵, które w znacznej mierze pokrywają się – co do istoty proponowanych rozwiązań – z propozycjami zawartymi w przedmiotowym projekcie. Część przepisów ustawy z dnia 21 listopada weszła w życie z dniem 1 stycznia 2026 r.³⁶ W konsekwencji, w obecnej sytuacji projekt nie wiąże się z istotnymi skutkami społecznymi. Różnice pomiędzy aktualnie obowiązującym stanem prawnym a propozycjami zawartymi w projekcie dotyczą przede wszystkim szczegółowych rozwiązań technicznych, w tym nazewnictwa i zasad funkcjonowania subfunduszu infrastruktury na potrzeby obronne państwa (określanego w projekcie prezydenckim

³⁵ Wprowadzone ustawą z dnia 21 listopada 2025 r. o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1739).

³⁶ Zobacz art. 4 wskazanej ustawy.

jako subfundusz infrastruktury bezpieczeństwa) oraz subfunduszu chorób rzadkich u dzieci. Istotna rozbieżność pomiędzy obowiązującymi przepisami a projektowanymi regulacjami dotyczy wysokości dotacji celowej przekazywanej w danym roku na realizację zadań w ramach subfunduszu chorób rzadkich u dzieci. Ustawa określa wysokość tego limitu na poziomie 250 mln zł rocznie (kwota będzie waloryzowana), natomiast projekt przewiduje kwotę 500 mln zł rocznie. Na obecnym etapie trudno jednoznacznie ocenić, który z przyjętych limitów w sposób trafniejszy odzwierciedla skalę niezaspokojonych potrzeb w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej osobom do ukończenia 18. roku życia w obszarze leczenia chorób rzadkich. Tym bardziej że obowiązujące przepisy szczegółowo określają katalog świadczeń i zasady ich finansowania, podczas gdy projekt zakłada, iż Rada Ministrów określi „Plan dla Chorób Rzadkich dla Dzieci”, który będzie obejmował m.in. środki finansowe i działania służące poprawie dostępu tej grupy pacjentów do leczenia.

W projekcie zaproponowano zmiany, które będą miały wpływ na poprawę sytuacji osób dotychczas zmuszonych do poszukiwania pomocy medycznej poza granicami Polski, ze względu na nieudzielanie takich świadczeń w kraju z powodu braku odpowiedniego personelu medycznego³⁷. Zgodnie z tą propozycją, w przypadku gdy świadczenie nie może być udzielone przez świadczeniodawcę posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z uwagi na brak odpowiednich kwalifikacji lub wystarczającego doświadczenia zatrudnionego personelu, ze środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego będzie można finansować zwiększone koszty świadczeń opieki zdrowotnej związane z udziałem w ich udzielaniu osób wykonujących zawód medyczny poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej. W projekcie nie przewidziano jednak żadnych mechanizmów ostrożnościowych, ograniczających wydatki na ten cel z subfunduszu, gdyby ich wysokość zagrażała stabilności finansowej i realizacji innych zadań finansowanych z tego subfunduszu.

Wnioskodawca proponuje także w latach 2026-2029 inne niż obecnie obowiązujące maksymalne limity wydatków z budżetu państwa związane z realizacją ustawy o Funduszu Medycznym (zmiana w art. 38 ustawy). Zgodnie z projektem w 2026 r. limit ten to 6,4 mld zł (jest 5,2 mld zł); w 2027 r. to 5,9 mld zł (jest 7,0 mld zł), w 2028 r. – 5,4 mld zł (jest 8,0 mld zł) oraz w 2029 r. – 5,2 mld zł (jest 6,3 mld zł). Oznaczałoby to zmniejszenie obecnie obowiązującego łącznego limitu wydatków z budżetu państwa w tych latach z 26,5 mld zł do 22,9 mld zł. Z kolei minimalne wpłaty budżetu państwa na te lata to łącznie, według projektu 22,1 mld zł (jest 23,7 mld zł)³⁸. Trudno obecnie ocenić, czy zmniejszenie tych środków w następnych latach nie spowodowałoby negatywnych skutków społecznych w postaci braku możliwości – ze względów finansowych – realizacji ustawowych zadań Funduszu Medycznego, zwłaszcza, że od 1 stycznia Fundusz ma nowe zadania związane z powstaniem subfunduszu infrastruktury na potrzeby obronne państwa i subfunduszu chorób rzadkich u dzieci. Należy jednak pamiętać, że dotychczasowa działalność Funduszu Medycznego charakteryzowała się

³⁷ Zobacz: dodawany art. 32c w ustawie zmienianej.

³⁸ Art. 3 ust. 2-5 projektu i art. 3 ust. 3-6 ustawy z dnia 21 listopada o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

występowaniem znacznej nadpłynności finansowej w stosunku do realizowanych zadań³⁹.

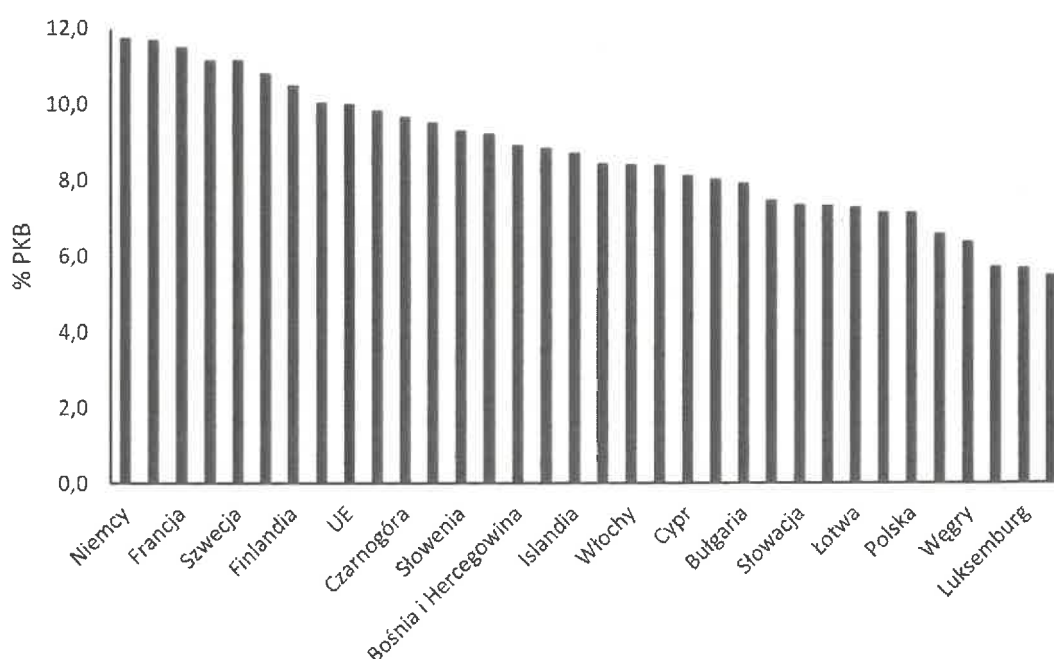
C) Konsultacje społeczne

Projekt nie został skierowany do konsultacji społecznych.

VII. Skutki gospodarcze projektowanej ustawy

Polska charakteryzuje się jednym z niższych udziałów wydatków publicznych na zdrowie, tj. wynoszącym 7,1% PKB w stosunku do średniej unijnej 10% PKB (rys. 1).

Rys. 1. Wydatki na opiekę zdrowotną w 2023 r. w wybranych państwach (% PKB)



Źródło: Eurostat

Z kolei OECD informuje, że wydatki na zdrowie w Polsce wzrosły w ostatnich latach, przy czym istnieją możliwości poprawy efektywności systemu opieki zdrowotnej – przede wszystkim w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, usprawnianiu funkcjonowania szpitali i szkoleniu personelu medycznego⁴⁰.

Z danych szacunkowych GUS wynika, że w 2024 r. wydatki bieżące na ochronę zdrowia sięgnęły 293,6 mld zł, co stanowiło 8,1% PKB⁴¹ przy średniej dla

³⁹ W ustawie budżetowej na 2026 r. stan FM na początku 2026 r. planuje się w wysokości 8 448 490 tys. zł, zaś na koniec 2026 r. w wysokości 6 649 810 tys. zł, przy planowanych wydatkach na 2026 r. w wysokości 6 072 240 tys. zł.

⁴⁰ OECD (2025), *Health at a Glance 2025*, op. cit.

⁴¹ Główny Urząd Statystyczny, *Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2022–2024*, 30.07.2025 r., s. 1.

krajów OECD wynoszącej 9,8%⁴². Wydatki finansowane z Funduszu Medycznego stanowią niewielką część całości wydatków na opiekę zdrowotną.

Istotnym założeniem projektu jest utworzenie dwóch subfunduszy w ramach Funduszu Medycznego: infrastruktury bezpieczeństwa oraz chorób rzadkich dzieci.

Utworzenie funduszu infrastruktury bezpieczeństwa umożliwi finansowanie infrastruktury o istotnym znaczeniu dla bezpieczeństwa funkcjonowania systemów krytycznych w sytuacjach kryzysowych – przede wszystkim zdrowia, ale również cyberbezpieczeństwa, czy infrastruktury krytycznej (np. podziemnej). Skutki utworzenia subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa wpłyną pozytywnie na wzrost inwestycji infrastrukturalnych finansowanych ze środków publicznych, które mogą przełożyć się na wzrost inwestycji prywatnych⁴³, wzrost zatrudnienia w sektorach powiązanych z projektami infrastrukturalnymi (budownictwo, usługi techniczne, dostawy materiałowe), podniesienie potencjału produkcji krajowej poprzez wzrost produktywności⁴⁴ i w efekcie zwiększenie PKB zarówno w krótkim, jak i średnim okresie⁴⁵.

Utworzenie funduszu chorób rzadkich dzieci może pomóc wielu pacjentom (na choroby te cierpi łącznie 2-3 mln Polaków⁴⁶). Całkowity koszt ekonomiczny związany z życiem z chorobą rzadką w Europie oszacowano na 250 mld euro rocznie, przy czym średni roczny koszt na osobę jest sześciokrotnie wyższy niż koszt życia z inną (często występującą) chorobą⁴⁷.

Pacjenci dotknięci chorobami rzadkimi potrzebują dedykowanych oraz kosztownych terapii, a także wsparcia psychologicznego. W przypadku pacjentów małoletnich, pomoc (psychologiczna) oferowana jest przede wszystkim przez rodzica, który zazwyczaj rezygnuje z pracy, aby opiekować się oraz wspierać dziecko. Natomiast wsparcie finansowe może pochodzić z Funduszu Medycznego.

Fundusz Medyczny utworzony został w celu wspierania działań poprawiających zdrowie i jakość życia w Polsce poprzez zapewnienie dodatkowych źródeł finansowania w sześciu obszarach: (1) profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób cywilizacyjnych; (2) infrastruktury ochrony zdrowia; (3) dostępu do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej; (4) rozwoju systemu ochrony zdrowia; (5) świadczeń opieki zdrowotnej dla osób do ukończenia 18. roku życia; oraz (6) świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom poza granicami kraju. W ramach Funduszu funkcjonują dedykowane subfundusze, tj.: (1)

⁴² OECD (2025), *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>, s. 10.

⁴³ Z. Ibrahimov, S. Hajiyeva, İ. Seyfullayev, U. Mehdiyev, Z. Aliyeva, *The impact of infrastructure investments on the country's economic growth*, „Problems and Perspectives in Management” 21 (2023) nr. 2, s. 415–425.

⁴⁴ V. A. Ramey, E. L. Glaeser, J. M. Poterba, *Chapter 4. The Macroeconomic Consequences of Infrastructure Investment*, w: *Economic Analysis and Infrastructure Investment*, red. E.L. Glaeser, J.M. Poterba 2021.

⁴⁵ D. Suárez-Cuesta, M.C. Latorre, R. Lawrence, *Macro and Microeconomic Effects of the Infrastructure Investment and Jobs Act (Iija) and How Financing Strategies Matter*, 2024, <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4821146>.

⁴⁶ A. Żuk, *Leki sieroce jako pomoc w wyobcowaniu spowodowanym chorobami rzadkimi*, „Konińskie Studia Społeczno-Ekonomiczne: czasopismo naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Koninie” 9 (2024), s. 10.

⁴⁷ M. Mejer, M. T. Nissen, J. S. Wahl, *Spending on Orphan Medicinal Products Across Europe: What Drives It and Is It Sustainable?* 9.9.2025, „Copenhagen Economics” s. 1.

subfundusz infrastruktury strategicznej; 2) subfundusz modernizacji podmiotów leczniczych; 3) subfundusz rozwoju profilaktyki; 4) subfundusz terapeutyczno-innowacyjny; 5) subfundusz infrastruktury na potrzeby obronne państwa; 6) subfundusz chorób rzadkich u dzieci⁴⁸. Głównym źródłem przychodów Funduszu Medycznego są środki przekazywane z budżetu państwa za pośrednictwem Ministra Zdrowia w wysokości ustalonej corocznie w ustawie budżetowej, przy czym nie mogą one być niższe niż 4,0 mld zł⁴⁹. Z założeń planu finansowego na 2026 r. wynika, że Fundusz będzie wykazywał nadpłynność finansową – nawet pomimo rozszerzenia zakresu zadań⁵⁰.

Fundusz Medyczny – mimo że został powołany m.in. w celu finansowania terapii dla najbardziej potrzebujących pacjentów z chorobami rzadkimi – funkcjonuje w sposób daleki od ideału. Listy leków tworzone są rzadko i w bardzo długim czasie, natomiast znaczna część środków przeznaczana jest na finansowanie nadwykonań⁵¹. W efekcie, 58% organizacji nie odnotowało poprawy sytuacji pacjentów z chorobami rzadkimi w Polsce od momentu utworzenia Funduszu Medycznego (przy czym 42% organizacji ocenia jego działalność pozytywnie)⁵². Ponadto, wnioski z IV Audytu Krajowego Forum na rzecz Terapii Chorób Rzadkich ORPHAN pokazują, że zaledwie 26% organizacji działających na rzecz ochrony pacjentów dostrzega pozytywny wpływ Funduszu Medycznego na leczenie chorób rzadkich⁵³.

Większość (70%) organizacji działających na rzecz pacjentów zgłasza w tym zakresie niezaspokojone potrzeby refundacyjne – przede wszystkim w terapiach dotyczących chorób hematologicznych, neurologicznych i metabolicznych⁵⁴. Choroby te generują wysokie koszty – brak finansowania może prowadzić do generowania kosztów wtórnych dla gospodarki w bardzo długim okresie (dziesięciolecia). Wysokie koszty leczenia wynikają również z konieczności stosowania drogich leków sierocych. Produkty te objęte są dziesięcioletnią wyłącznością rynkową, która ogranicza szybki rozwój konkurencji i przekłada się na ich wysokie ceny, szczególnie w początkowym okresie obecności na rynku⁵⁵. Leki sieroce są nieopłacalne ekonomicznie także ze względu na niewielką liczebność populacji pacjentów, co ogranicza potencjalną skalę sprzedaży. Ponadto, czynniki związane z bezpieczeństwem i skutecznością terapii znacząco wpływają na decyzje kliniczne, co dodatkowo obniża prawdopodobieństwo objęcia tych leków refundacją⁵⁶.

⁴⁸ Art. 6 pkt 4 ustawy o Funduszu Medycznym (Dz. U. 2020 poz. 1875 z późn. zm.).

⁴⁹ Art. 8 pkt 2 ustawy o Funduszu Medycznym (Dz. U. 2020 poz. 1875 z późn. zm.).

⁵⁰ *Opinia w sprawie projektu ustawy budżetowej na rok 2026 w zakresie planu finansowego Funduszu Medycznego na 2026 r.*, opinia BEOS z 15 X 2025 r., BEOS-WOSR-2028/25.

⁵¹ K. Wysocka, *Polska polityka lekowa tu i teraz*, „Kurier Medyczny menedżera zdrowia” 4 (2022), s. 7.

⁵² *Audyt pacjencki krajowego forum Orphan 2025*, s. 8.

⁵³ M. Sygut-Mirek, *Pacjenci z chorobami rzadkimi potrzebują diagnostyki i elastycznego dostępu do terapii*, „Kurier Medyczny menedżera zdrowia” 5 (2024), s. 7.

⁵⁴ *Audyt pacjencki krajowego forum Orphan 2025*, s. 26.

⁵⁵ N. Rosenberg, S. van den Berg, N. N. Stolwijk, B. A. W. Jacobs, H. C. Post, A. M. G. Pasmooij, S. J. de Visser, C. E. M. Hollak, *Access to medicines for rare diseases: A European regulatory roadmap for academia*, „Frontiers in pharmacology” 14 (2023), s. 2.

⁵⁶ S. Jakubowski i inn., *Clinical aspects of reimbursement policies for orphan drugs in Central and Eastern European countries*, „Frontiers in pharmacology” 15 (2024), s. 8.

W Polsce refundowanych jest około 36% leków na stosowanych w leczeniu chorób rzadkich, przy średniej unijnej wynoszącej 74%⁵⁷. Jednocześnie czas oczekiwania na dostęp do nowego leku sierociego jest znacząco dłuższy niż w innych państwach UE – przykładowo pacjent w Niemczech może uzyskać dostęp do nowej terapii w ciągu około 96 dni, podczas gdy w Polsce proces ten może trwać nawet ponad dwa lata⁵⁸.

Państwa europejskie znacząco różnią się pod względem wydatków na leki sieroce. Część państw przeznacza znaczne środki finansowe, tj. ponad 6% budżetu farmaceutycznego na te leki (Francja, Belgia, Portugalia, Włochy, Wielka Brytania, Niemcy i Austria), inne w umiarkowanej wysokości, tj. 4-6% (Polska, Hiszpania, Czechy, Szwecja, Norwegia, Bułgaria oraz Szwajcaria), a niektóre poniżej 3% (Chorwacja, Rumunia oraz Finlandia), co wskazuje na zróżnicowanie w podejście do finansowania leków sierocych⁵⁹. Z podziału tego wynika, że Polska należy do państw z umiarkowanymi wydatkami na leki sieroce, ale jednocześnie posiada program wczesnego dostępu, dzięki któremu skraca się czas pomiędzy rejestracją leku a refundacją oraz decyzją o wypłacie świadczeń zanim zapadnie decyzja o refundacji.

Podsumowując, utworzenie Funduszu Medycznego, w tym dwóch subfunduszy – infrastruktury bezpieczeństwa i chorób rzadkich dzieci – pozytywnie wpłynie na gospodarkę i wspomże w leczeniu młodych pacjentów cierpiących na te choroby.

Projekt nie był kierowany do konsultacji społecznych.

VIII. Skutki projektowanej ustawy dla sektora finansów publicznych

Ocena przedstawionych przez Wnioskodawcę skutków finansowych projektu jest utrudniona zważywszy, że Wnioskodawca podając te skutki odnosi się do odmiennego stanu prawnego niż obecnie obowiązujący. Wejście w życie przepisów ustawy z dnia 21 listopada 2025 r. o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej: ustaw z 21 listopada 2025 r.) zasadniczo zmieniło bowiem sens proponowanych przez Wnioskodawcę zmian w zakresie oceny skutków regulacji dla sektora finansów publicznych (SFP).

Proponowane przez Wnioskodawcę zmiany mają dwojakiego rodzaju wpływ na SFP. Z jednej strony zmieniają poziom wpłat z budżetu państwa do Funduszu Medycznego, a z drugiej zmieniają strukturę przesunięć w ramach tegoż sektora.

Zarówno ustawa z 21 listopada 2025 r., jak i zmiany proponowane przez Wnioskodawcę zakładają w latach 2026-2029 określony minimalny poziom wpłat

⁵⁷ A. Misiurewicz-Gabi, *Fundusz Medyczny a terapie przełomowe*, „Kurier Medyczny menedżera zdrowia” 1 (2021), s. 44.

⁵⁸ Charles River Associates (2024). *The economic cost of living with a rare disease across Europe*. CRA International, s. 30, <https://media.crai.com/wp-content/uploads/2024/10/28114611/CRA-Alexion-Quantifying-the-Burden-of-RD-in-Europe-Full-report-October2024.pdf>.

⁵⁹ M. Mejer, M. T. Nissen, J. S. Wahl, *Spending on Orphan Medicinal Products Across Europe: What Drives It and Is It Sustainable?* 9.9.2025, „Copenhagen Economics”, s. 5.

z budżetu państwa do Funduszu Medycznego. Takie rozwiązanie oznacza w praktyce, iż budżet państwa musi obligatoryjnie dokonać przesunięcia środków w ramach SFP we wskazanej co najmniej minimalnej kwocie na rzecz Funduszu Medycznego. Wpłaty te będą zatem kosztem dla budżetu państwa, a jednocześnie przychodem dla Funduszu Medycznego. W kontekście ustawy z 21 listopada 2025 r. zmianie uległ poziom odniesienia do wyliczeń kosztów budżetu państwa. Obliczenia te zilustrowano w Tabeli 1.

Tabela 1. Minimalne wpłaty z budżetu państwa do Funduszu Medycznego (w mld zł)

Rok	wpłaty wynikające z obowiązujących przepisów	wpłaty wynikające z proponowanej zmiany przepisów	różnica
1	2	3	3-2
2026	5	6,2	1,2
2027	6,8	5,7	-1,1
2028	7,8	5,2	-2,6
2029	6,1	5,0	-1,1
Razem	25,7	22,1	-3,6

Źródło: Ustawa z dnia 21 listopada 2025 r. o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; Przedstawiony przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym; obliczenia własne

Z przedstawionych obliczeń wynika, iż wpłaty z budżetu państwa proponowane w projekcie w stosunku do obecnie obowiązujących przepisów wzrosłyby jedynie w 2026 r. W kolejnych trzech latach miałyby być natomiast niższe od obecnie obowiązujących minimów. Łącznie zaś w okresie 2026-2029 budżet państwa, zgodnie z proponowanymi zmianami, zasilałby Fundusz Medyczny kwotą o 3,6 mld zł mniejszą niż wynika to z aktualnych regulacji. Wpływ na takie zmniejszenie wydatków budżetu państwa na wpłatę do Funduszu Medycznego może mieć odmienne ukształtowanie regulacji dotyczących wpłaty w 2025 r. przez przepisy ustawy z 21 listopada 2025 r. i rozpatrywany projekt. Art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 21 listopada 2025 r. stanowi bowiem, że minister właściwy do spraw zdrowia w roku 2025 nie dokonuje wpłaty z budżetu państwa, której wysokość nie mogła być niższa niż 4 mld zł. Natomiast Wnioskodawca w projekcie takiej regulacji nie przewidział.

Pozostałe skutki finansowe projektu (zob. Tabela 2.) mają charakter przesunięć środków w ramach Funduszu Medycznego lub pomiędzy tym funduszem a Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), i nie wpływają na wydatki budżetu państwa.

Tabela 2. Przesunięcia środków w ramach sektora finansów publicznych

Stan według obowiązujących przepisów	Stan według proponowanej zmiany
subfundusz chorób rzadkich: roczna dotacja podlegająca waloryzacji – do 250 mln zł	subfundusz chorób rzadkich: roczna dotacja podlegająca waloryzacji – do 500 mln zł
maksymalna roczna wysokość środków przekazanych z Funduszu Medycznego do NFZ na finansowanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia ze środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego w latach 2026-2029 – do 840 mln zł	maksymalna roczna wysokość środków przekazanych z Funduszu Medycznego do NFZ na finansowanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia ze środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego w latach 2026-2029 – do 840 mln zł

Źródło: Ustawa z dnia 21 listopada 2025 r. o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; Przedstawiony przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym;

Wnioskodawca proponuje ponadto wprowadzenie regulacji, przewidującej, że minister właściwy do spraw zdrowia może każdego roku przyznać jednostce właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia ze środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego dotację celową na realizację zadań związanych z poprawą jakości teleinformatycznej obsługi pacjentów. Wysokość tej dotacji nie może jednak przekroczyć kwoty 100 mln zł, przy tym wartość ta miałaby podlegać corocznej waloryzacji.

IX. Inne skutki projektowanej ustawy

Nie zidentyfikowano innych skutków wejścia w życie projektowanej ustawy.

X. Zmiana obciążeń administracyjnych

Przyjęcie projektu nie będzie skutkowało zasadniczą zmianą w zakresie obciążeń administracyjnych, ponieważ przewidziane w nim rozwiązania zostały wprowadzone do ustawy o Funduszu Medycznym w wyniku nowelizacji z dnia 21 listopada 2025 r. Najistotniejszą konsekwencją wprowadzenia proponowanych w projekcie zmian w tym kontekście będzie zobowiązanie Rady Ministrów do przyjęcia, w drodze uchwały, Planu dla Chorób Rzadkich u Dzieci.

Nie zostały rozpoznane nowe obciążenia administracyjne w zakresie skutków społecznych i gospodarczych, ani dla jednostek sektora finansów publicznych.

XI. Konkluzje

1. Skutki prawne: 1. Propozycja zawarta w projekcie pokrywa się w zasadniczej mierze z przyjętą po jego wniesieniu nowelizacją ustawy o Funduszu Medycznym z dnia 21 listopada 2025 r. Zakres oraz przedmiot regulacji projektu prezydenckiego i nowelizacji jest tożsamy – obejmują one: wprowadzenie w ramach Funduszu Medycznego dwóch subfunduszy o podobnym przeznaczeniu, tj. subfunduszu infrastruktury bezpieczeństwa (nowelizacja wprowadziła subfundusz infrastruktury na potrzeby obronne państwa) oraz subfunduszu chorób rzadkich u dzieci. Ponadto zbieżne zmiany obejmują zwiększenie wysokości wpłat z budżetu państwa na Fundusz Medyczny, a także wprowadzenie możliwości finansowania zadań związanych z poprawą jakości teleinformatycznej obsługi pacjentów. Różnice pomiędzy projektem a nowelizacją sprowadzają się co do zasady do odmiennego sposobu uregulowania wymienionych zagadnień. W odróżnieniu od regulacji wprowadzonej na mocy nowelizacji z dnia 25 listopada 2025 r. projekt prezydencki przewiduje wprowadzenie zmian w zakresie: zatwierdzania projektu inwestycyjnego, dofinansowania ze środków subfunduszu rozwoju profilaktyki oraz finansowania zwiększonych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej związanych z udziałem w ich udzielaniu osób wykonujących zawód medyczny poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej. Skutkiem przyjęcia projektu prezydenckiego byłoby obniżenie limitu wydatków z budżetu państwa będących skutkiem wejścia w życie ustawy o Funduszu Medycznym w latach 2026-2029 w stosunku do obecnego stanu prawnego. W trakcie prac nad projektem konieczne będzie wprowadzenie w nim zmian mających na celu uwzględnienie przyjęcia nowelizacji z dnia 21 listopada 2025 r.

2. Opiniowany projekt nie nasuwa wątpliwości z punktu widzenia zgodności z EKPC.

2. Skutki społeczne: W obecnym stanie prawnym, ukształtowanym w związku z wejściem w życie nowelizacji ustawy o Funduszu Medycznym z dnia 21 listopada, proponowane przepisy jedynie w niewielkim stopniu modyfikowałyby obowiązujące rozwiązania, a w konsekwencji ich oddziaływanie społeczne byłoby ograniczone.

3. Skutki gospodarcze: Funkcjonowanie Funduszu Medycznego nie jest postrzegane jako wysoce efektywne przez organizacje działające na rzecz pacjentów z chorobami rzadkimi. Wysokie koszty terapii chorób rzadkich sprawiają, że większość pacjentów nie jest w stanie samodzielnie ich ponieść, a ograniczenia ekonomiczne w dostępie do nowoczesnych leków stanowią realne zagrożenie dla ich zdrowia i życia. Polska znajduje się w grupie państw z umiarkowanymi wydatkami bieżącymi na ochronę zdrowia, co oznacza, że istnieje potencjał do ich wzrostu. Finansowanie leków sierocych powinno być postrzegane jako inwestycja, a nie jako wydatek budżetowy.

Utworzenie funduszu infrastruktury bezpieczeństwa w ramach Funduszu Medycznego umożliwi finansowanie kluczowej infrastruktury dla działania systemów krytycznych, które pobudzi wzrosty – inwestycji publicznych i prywatnych, zatrudnienia w sektorach powiązanych, produktywności oraz PKB w krótkim i średnim okresie.

4. Skutki finansowe: Na ocenę wpływu projektu w zakresie skutków finansowych istotne znaczenie ma wejście w życie przepisów ustawy z 21 listopada 2025 r. Prezentowane przez Wnioskodawcę dane w projekcie i jego uzasadnieniu straciły w dużej mierze na aktualności w kontekście zmian wprowadzonych tą regulacją. W efekcie projekt w przedstawionej wersji w stosunku do postanowień ustawy z 21 listopada 2025 r. oznaczałby zmniejszenie wysokości obligatoryjnych corocznych wpłat z budżetu państwa do Funduszu Medycznego, co ograniczałoby wydatki budżetu państwa i w tym kontekście byłoby korzystne.

5. Rozwiązania zagraniczne: Przedstawione państwa (Francja, Niemcy i Szwecja) realizują zbliżone cele (ciągłość finansowania, odporność szpitali, poprawa koordynacji opieki i cyfryzacja), ale stosują odmienne instrumenty wynikające z ich modeli ustrojowych i finansowych. Model francuski opiera się na rozwiązaniach planistycznych i celach wydatkowych oraz operacyjnych ramach reagowania, niemiecki – na funduszach celowych i instrumentach modernizacji, szwedzki – na rozwiązaniach budżetowych i zarządzaniu regionalnym.

Autorzy:

Dorota Olejniczak, ekspert ds. legislacji (pkt I-III)

Daniela Kupis, specjalistka w Wydziale Studiów Komparatystycznych (pkt IV, XI.5)

dr Adam Karczmarek, ekspert ds. legislacji (pkt V.1, X, XI.1.1)

prof. Krzysztof Wojtyczek, ekspert ds. legislacji (pkt V.2, XI.1.2)

Grzegorz Ciura, specjalista ds. społecznych (pkt. VI, X, XI.2)

dr hab. Jacek Lipiec, specjalista ds. systemu gospodarczego (pkt. VII, X, XI.3)

Krzysztof Wołowicz, specjalista ds. finansów publicznych (pkt. VIII, X, XI.4)

Akceptował:

Wicedyrektor Biura Ekspertyz
i Oceny Skutków Regulacji

Ziemowit Cieślik

/podpisano elektronicznie/